

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Dr. P.U. Unschuld

DIE LAZARETTORGANISATION DER REICHSWEHR

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Matthias Jaeger
aus
Leipzig
1987



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. Dr. P.U. Unschuld

DIE LAZARETTORGANISATION DER REICHSWEHR

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Matthias Jaeger
aus
Leipzig
1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr.h.c. mult. Heinz Goerke

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Hans Frick

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: -

Dekan: Prof. Dr. Dr.h.c. Wolfgang Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 05.06.1987

Inhaltsübersicht

DIE LAZARETTORGANISATION DER REICHSWEHR

1. <u>Einführung</u>	Seite	1
2. <u>Die Entstehung der Reichswehr</u>		3
2.1 Das Ende der alten Armee		3
2.2 Die vorläufige Reichswehr		8
2.3 Das Übergangsheer		12
3. <u>Grundlagen, Gliederung und Befehlsverhältnisse</u> <u>der Reichswehr</u>		17
3.1 Reichsheer		19
3.2 Reichsmarine		23
3.3 Sanitätsdienst		25
4. <u>Heilfürsorgebestimmungen</u>		45
4.1 Heilfürsorge für Soldaten der Besoldungsgruppen A. I - A. XIII		45
4.2 Heilfürsorge für Soldaten außerhalb der Besol- dungsgruppen A. I - A. XIII und für Beamte		49
4.3 Heilfürsorge für Familienangehörige		50
5. <u>Lazarettorganisation der Reichswehr</u>		53
5.1 Anfangsschwierigkeiten		53
5.2 Bezeichnungen, Bettenzahl, Auftrag und Standorte der Reichswehrlazarette		58
5.3 Die bauliche Anlage		65
5.3.1 Grundstück		65
5.3.2 Gestaltung der Lazarettanlage, Gebäudearten		66
5.3.3 Ausführung der Gebäude und einzelner Räume		71
5.3.4 Baumaßnahmen in Reichswehrlazaretten		83
5.4 Ausstattung der Lazarette		89
5.5 Personal, Innerer Dienstbetrieb		92
5.5.1 Allgemeines		92
5.5.2 Der ärztliche Krankendienst		96
5.5.3 Der Krankenpflagedienst		104
5.5.4 Die Kranken (Aufnahme, Aufenthalt, Abgang)		107
5.6 Krankheitenstatistik, Gesundheitsverhältnisse		119

Inhaltsübersicht

6.	<u>Zusammenfassung</u>	Seite	133
7.	<u>Anhang</u>		139
8.	<u>Anmerkungen</u>		170
9.	<u>Literaturverzeichnis</u>		189
10.	<u>Lebenslauf</u>		199

Abkürzungsverzeichnis

AA	Assistenzarzt
a.a.O.	am angeführten Ort
A.V.Bl.	Armee-Verordnungsblatt
Batl.	Bataillon
Ebd.	Ebenda, an derselben Stelle
F.S.O.	Friedens-Sanitäts-Ordnung
GA	Generalarzt
GOA	Generaloberarzt
GOSTA	Generaloberstabsarzt
GStA	Generalstabsarzt
GrpKdo	Gruppenkommando
H.V.Bl.	Heeres-Verordnungsblatt
InfDiv	Infanterie-Division
KavDiv	Kavallerie-Division
MGOA	Marinegeneraloberarzt
MGOSTA	Marinegeneraloberstabsarzt
MGStA	Marinegeneralstabsarzt
MLaz	Marinelazarett
MOSTA	Marineoberstabsarzt
MStA	Marinestabsarzt
MStationsKdo d.N.	Marinestationskommando der Nordsee
MStationsKdo d.O.	Marinestationskommando der Ostsee
M.V.Bl.	Marine-Verordnungsblatt
OA	Oberarzt
OStA	Oberstabsarzt
Regt.	Regiment
R.G.Bl.	Reichs-Gesetzblatt
Rw.San.V.	Reichswehr-Sanitäts-Vorschrift
SanOffz/SanUffz	Sanitätsoffizier/Sanitätsunteroffizier
SanSold/SanMsch	Sanitätssoldat/Sanitätsmannschaften
StA	Stabsarzt
StOLaz	Standortlazarett
Wm.San.V.	Wehrmacht-Sanitäts-Vorschrift

Im Literaturverzeichnis sind die Zeitschriften nach W. Artelt, E. Heischkel und C. Wehmer: Periodica medica. Titelabkürzungen medizinischer Zeitschriften. 4. Aufl. Stuttgart 1952 abgekürzt.

1. Einführung

Das Militärlazarett als die älteste Institution, die im Krankenhauswesen nachzuweisen ist, hat im Wandel seiner Aufgaben und Möglichkeiten vielfältige Änderungen in der Organisation erfahren. Dabei hat sich in den letzten Jahrzehnten immer mehr die Notwendigkeit ergeben, betriebswirtschaftliche Aspekte und medizinische Erfordernisse gleichermaßen zu berücksichtigen und bestimmten Problemen - wie z.B. Bauweise, Krankenhausgröße, Personalaufwand, Zentralisierung von Dienstleistungen, Liegezeit, Verhältnis Arzt/Patient, Technik, Apparatedizin, Humanität - besonders Rechnung zu tragen.

Gegenstand dieser Arbeit ist es, die Lazarettorganisation der Reichswehr aufzuzeigen und die Voraussetzungen darzulegen, unter denen die Sanitätsoffiziere damals an ihre Aufgaben herangehen mußten. Die Untersuchung ist eingegrenzt auf den Zeitraum von der Entstehung der Reichswehr bis zum Beginn der Heeresvermehrung und der Aufrüstung unter dem Nationalsozialismus und beschränkt sich im wesentlichen auf die unmittelbare Krankenversorgung in den Standort- und Marinelazaretten.

Da die schriftliche Überlieferung der deutschen Streitkräfte vor 1945 bei der Vernichtung des Heeresarchivs in Potsdam durch einen Luftangriff im April 1945 z.T. unersetzliche Verluste erlitten hat und das Bundesarchiv-Militärarchiv daher vom Reichsheer (1920-1935) keine nennenswerten Aktenbestände verwahrt, mußte sich die Methodik den Gegebenheiten anpassen. Die Untersuchung stützt sich deshalb überwiegend auf die Auswertung der einschlägigen Literatur, insbesondere der Dienstvorschriften und Heeres- bzw. Marine-Verordnungsblätter jener Zeit, die in den Archivbibliotheken der Bundeswehr oder über diese erreichbar waren, auf Erkundigungen beim Militärgeschichtlichen Forschungsamt in Freiburg, bei der Abteilung IV - Kriegsarchiv - des Bayerischen Hauptstaatsarchivs in München und einzelnen kommunalen Archiven sowie auf Ermittlungen bei verschiedenen Landesvermögens- und

Bauabteilungen der Oberfinanzdirektionen und einigen Landes-/Staatsbauämtern. Außerdem habe ich mehrere ehemalige Reichswehrlazarette bzw. deren Nachfolgeeinrichtungen besichtigt, um mir einen persönlichen Eindruck von den Lazarettanlagen zu verschaffen.

Den Leitern und Mitarbeitern der angesprochenen Institutionen, die mir mit großer Hilfsbereitschaft vorhandene Unterlagen, Akten und Pläne zur Verfügung gestellt und bereitwillig Auskünfte gegeben haben, möchte ich hiermit für die gewährte Unterstützung herzlich danken.

Herrn Professor Dr. Dr.h.c. mult. Heinz Goerke, der als Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität München mir das Thema der Dissertation zur Verfügung gestellt und von Anfang an meine Arbeit in vielfältiger Weise gefördert hat, fühle ich mich zu ganz besonderem Dank verpflichtet.

2. Die Entstehung der Reichswehr

2.1 Das Ende der alten Armee

Nach dem Scheitern neuer deutscher Offensiven im Westen im Frühjahr 1918 und dem Erfolg der Gegenoffensive der Alliierten im Sommer mehrten sich im Herbst deutlich die Zeichen, daß Deutschland den Krieg verloren hatte. Hinweise waren die ständig zunehmende Erschöpfung der abgenutzten deutschen Truppen an der Westfront und das schnell wachsende Übergewicht der Ententemächte an Truppen und Material infolge des Eingreifens starker, völlig frischer amerikanischer Divisionen und des Masseneinsatzes von Tanks, die die deutschen Heere in die Defensive drängten. Hinzu kam der fortschreitende Verfall des österreichisch-ungarischen Reiches, der Zusammenbruch der deutschen Verbündeten im Nahen Osten, Bulgariens und der Türkei, die einen Waffenstillstand mit dem Gegner schließen mußten. Es war daher völlig gerechtfertigt, daß die Oberste Heeresleitung Ende September 1918 auf der sofortigen Herausgabe eines Friedensangebotes bestand.¹

Mit der Bekanntgabe des deutschen Waffenstillstandsversuchens durch die Regierung am 5. Oktober 1918 wurde dem deutschen Volk die militärische Niederlage des Kaiserreiches offenkundig. Kriegsmüdigkeit breitete sich rasch aus und begann das Verhalten der Heimat, des Ersatz- und Ostheeres sowie rückwärtiger Teile des Feldheeres im Westen zu bestimmen. Aufruhr, Befehlsverweigerung und Auflösung der militärischen Disziplin ließen nicht nur die kaiserliche Marine Anfang November 1918 kampfunfähig werden, sondern dehnten sich - nur vereinzelt auf Widerstand stoßend - auch auf das Heimatheer und einzelne Verbände der Fronttruppen aus und führten zur Zerrüttung der öffentlichen Ordnung in zahlreichen Gebieten des Reiches.² Gleichzeitig entstanden überall Arbeiter- und Soldatenräte nach dem Kieler Vorbild vom 4. November, gewählt und gebildet von Arbeitern und Soldaten, die den Krieg endlich beendet sehen und an der weiteren

politischen Entwicklung, insbesondere der Regelung ihrer unmittelbaren Sorgen und Probleme, beteiligt sein wollten.³

Die Ernennung des liberal gesinnten Prinz Max von Baden zum Reichskanzler (3. Oktober) und die Einführung der parlamentarischen Regierungsform durch das Gesetz über die Verfassungsänderungen vom 28. Oktober 1918 konnten diese Entwicklung und damit die Ausbreitung der Revolution über viele große Städte des Reiches nicht stoppen.⁴ Da die Massen in der Person des Kaisers das Symbol für alles Unheil sahen, das über Deutschland gekommen war, entschloß sich Prinz Max von Baden noch während der laufenden Waffenstillstandsverhandlungen (8.-11. November) am 9. November 1918, von sich aus die Abdankung des Kaisers (unterzeichnet erst am 28. November 1918) und den Thronverzicht des Kronprinzen bekanntzugeben.⁵ Anschließend trat er nach einem Gespräch mit einer Abordnung der Sozialdemokratischen Partei (Friedrich Ebert, Philipp Scheidemann, Otto Braun und zwei Vertreter der Berliner Betriebe) als Reichskanzler zurück und übertrug die Regierungsgeschäfte auf den Vorsitzenden der SPD, Friedrich Ebert.⁶ Scheidemann, Staatssekretär in der bisherigen ersten parlamentarischen Regierung unter Reichskanzler Prinz Max von Baden, rief daraufhin am 9. November 1918 vom Reichstagsgebäude die Republik aus, um den Aktivitäten der extremen Spartakisten zuvorzukommen.⁷ Am 10. November 1918 begab sich Kaiser Wilhelm II. in das Exil nach Holland; Friedrich Ebert bildete eine Revolutionsregierung, den "Rat der Volksbeauftragten".

Der Chef des Generalstabes des Feldheeres, Generalfeldmarschall von Hindenburg, hatte aufgrund einer der letzten mündlichen Weisungen Kaiser Wilhelm II. am 9. November 1918 den Oberbefehl über das Feldheer übernommen und konnte dadurch als Inhaber der obersten militärischen Gewalt auftreten.⁸ Er gab noch am 10. November dem Feldheer bekannt, "daß die Oberste Heeresleitung mit dem Reichskanzler Ebert, dem bisherigen Führer der gemäßigten sozialdemokratischen Partei, zusammenge-

hen will, um die Ausbreitung des terroristischen Bolschewismus in Deutschland zu verhindern".⁹ Zugleich befahl er, "nachdem die Bewegung zur Bildung von Soldatenräten in das Feldheer bereits eingedrungen ist und meines Erachtens durch Widerstand nicht mehr aufgehalten werden kann", ... "bei allen Kompanien, Batterien, Eskadrons pp. Vertrauensräte zu bilden", um "diese Bewegung in die Hand der Offiziere zu bekommen".¹⁰ In Verbindung mit den Aktivitäten des Ersten Generalquartiermeisters, Generalleutnant Groener, ("Bündnis Ebert - Groener") entwickelte sich in der Folgezeit eine Zusammenarbeit zwischen überlieferter militärischer und neuer politischer Gewalt.¹¹ Indem die neuen Machthaber auch die bisherige Beamtenschaft im Amt beließen und sogar den höchsten Spitzen der monarchischen Verwaltung die Möglichkeit gewährten, die politische Entwicklung zu beeinflussen (z.B. amtierten die unter Prinz Max von Baden ernannten Staatssekretäre weiterhin !), trugen sie entscheidend dazu bei, daß die Kontinuität gewahrt blieb.¹²

Am 11. November 1918 hatte die von Staatssekretär Erzberger geleitete deutsche Waffenstillstandskommission in Compiègne das Waffenstillstandsabkommen unterzeichnet. Es war zunächst auf 36 Tage befristet und mußte dementsprechend dreimal verlängert werden, wodurch sich für die Alliierten jeweils die Gelegenheit ergab, Deutschland weitere Verpflichtungen aufzuerlegen.¹³ Die in 34 Artikeln festgelegten Bedingungen waren außerordentlich hart und übertrafen alle Befürchtungen:

Die deutschen Truppen mußten innerhalb von 15 Tagen sämtliche besetzten Gebiete in Belgien, Luxemburg, Frankreich und Elsaß-Lothringen verlassen und im gleichen Zeitraum alle alliierten Kriegsgefangenen ohne Gegenseitigkeit zurückführen. Innerhalb weiterer 31 Tage hatten sie das linke Rheinufer militärisch zu räumen und eine zehn Kilometer tiefe neutrale Zone auf dem rechten Rheinufer herzustellen. Deutschland mußte nicht nur einen großen Teil seines Kriegsmaterials (unter anderem 1500 Flugzeuge, 5000 schwere Geschütze, alle Untersee- und Mienenlegboote) ausliefern, sondern auch fast die gesamte Hochseeflotte

in Scapa Flow internieren lassen. Im politischen Bereich mußte Deutschland auf die Friedensverträge von Brest-Litowsk und Bukarest verzichten und die Alliierten als neue Ordnungsmacht in Osteuropa anerkennen. Die Hungerblockade gegen Deutschland blieb bestehen.¹⁴

Mit der Annahme des Waffenstillstandes hatte sich Deutschland ohne jede Möglichkeit einer aussichtsreichen Gegenwehr in die Hand seiner Gegner gegeben. Als Folge des militärischen Zusammenbruchs hatte daher der Rat der Volksbeauftragten sofort nach Übernahme der Regierungsgeschäfte die vollständige Demobilmachung des "kaiserlichen" Heeres angeordnet.¹⁵ Durch die Generalstabsarbeit der Obersten Heeresleitung, die ihr Hauptquartier am 14. November 1918 von Spa nach Wilhelmshöhe bei Kassel verlegt hatte, und durch das Zusammenwirken von Offizieren und Soldaten- bzw. Vertrauensräten in der Truppe konnte zwar erreicht werden, daß dem Feldheer die geordnete Rückführung in die Heimat innerhalb der vom Waffenstillstandsvertrag gesetzten Fristen gelang. Vom Wunsche beseelt, möglichst schnell zu ihren Angehörigen zurückzukehren, entglitt aber die Masse der Soldaten sehr schnell der Führung. Die Truppen lösten sich vielfach mit Erreichen ihrer Garnisonen auf, ohne die Demobilmachung abzuwarten. So verfügte das am 10. Dezember 1918 in Berlin einmarschierende, aus neun Divisionen bestehende Generalkommando unter Generalleutnant Lequis am 24. Dezember nur noch über 1200 Mann.¹⁶ Das Feldheer stellte daher am Ende des Jahres 1918 ein operatives Machtmittel nicht mehr dar, weil es überall im Reichsgebiet nur noch aus Resten bestand bzw. vielfach nur noch von Offizieren ohne Truppen repräsentiert wurde.¹⁷

Von der Demobilmachung ist die zeitlich zusammenfallende und damit nicht immer scharf zu trennende Auflösung der alten Armee zu unterscheiden: Im Rahmen der Demobilmachung wurden bestimmungsgemäß die während des Krieges entstandenen Behörden und Truppen aufgelöst, d.h. das Heer wieder auf den Friedensstand vor Ausbruch des Krieges zurückgeführt, während die Auflösung

der alten Armee die Behörden und Truppen der Friedensformation betraf.

Mit der Demobilmachung galten hinsichtlich des Anspruchs auf freie ärztliche Behandlung, Lazarettverpflegung, Gewährung von Arznei- und Verbandmitteln und sonstigen Heilverfahren nicht mehr die Bestimmungen der Ziff. 459 der Kriegs-Sanitäts-Ordnung (D.V.E. Nr. 21), wonach "alle zum Feldheer gehörigen Militärpersonen sowie alle Personen, die sich beim Feldheer in irgend einem Dienst- oder Vertragsverhältnis befinden", kostenfrei zu behandeln waren. Es traten vielmehr wieder die Friedensvorschriften, insbesondere also die grundsätzlichen Bestimmungen der §§ 4, 17 und 64 (Beilage 12) der Friedens-Sanitäts-Ordnung (D.V.E. Nr. 193) in Kraft, die einen Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Behandlung und kostenfreie Lieferung von Arznei- und Verbandmitteln grundsätzlich nur für aktive Unteroffiziere und Mannschaften sowie eine Behandlungspflicht der Sanitätsoffiziere gegenüber den Truppenoffizieren und höheren Militärbeamten vorsahen. Für ehemalige Heeresangehörige bestand damit nur noch ein Anspruch auf Lazarettaufnahme, wenn sie zur Klärung von Versorgungsansprüchen bei Offizieren oder zur Behandlung einer im Kriege erlittenen Beschädigung vom Feldwebel abwärts notwendig war, wobei allerdings zur Vermeidung von Härten Offiziere, Beamte und Mannschaften vielfach in Abweichung von den geltenden Bestimmungen auch dann stationär und ambulant behandelt wurden, wenn kein Anspruch bestand.¹⁸

Durch das Gesetz vom 6. März 1919 wurde der am 6. Februar 1919 von der Nationalversammlung im Weimar gewählte vorläufige Reichspräsident ermächtigt, das bestehende Heer aufzulösen.¹⁹ Die Ausführungsverordnung zu diesem Gesetz verfügte in § 14 die Auflösung des bisherigen Heeres "bis auf die Teile, die erforderlich sind, um die Abwicklung der Auflösungsarbeiten zu gewährleisten und die Ergänzung der (neu aufzustellenden, vorläufigen) Reichswehr mit Personal und Material sicherzustellen. Einrichtungen, die für das zukünftige Friedensheer benötigt werden,

bleiben ebenfalls bestehen".²⁰ Daraufhin wurden mit dem 30. September 1919 die Verbände der alten Preußischen Armee und der früheren Kontingente, soweit sie nicht als Neubildungen in die vorläufige Reichswehr übernommen wurden, aufgelöst.²¹ Zur Abwicklung der Auflösung in allgemeiner, personeller und geldlicher Hinsicht, insbesondere für die rückständige Rechnungslegung sowie die Bearbeitung aller sonstigen Verwaltungs- und Kommandoabwicklungsgeschäfte der aufgelösten Truppenteile und Behörden, erfolgte die Einrichtung von "Abwicklungsstellen" für alle Dienststellen der Friedensformation. Sie hatten organisatorisch mit der Reichswehr nichts zu tun.²²

Alle am 1. Oktober 1919 in den Geschäftsbereich des Reichsarbeitsministeriums übergetretenen Militärlazarette (siehe Abschnitt 5.1) wurden zu Abwicklungsstellen für die ihren bisherigen Geschäftsbereich betreffenden Verwaltungsangelegenheiten bestimmt. Den ärztlichen Dienst bei den Abwicklungsstellen nahmen, soweit noch aktive Sanitätsoffiziere des alten Heeres zur Verfügung standen, diese wahr, andernfalls erfolgte er durch Vertragsärzte oder - solange die Abwicklungsstellen militärische Dienststellen waren - durch die Reichswehr.²³

Die Tätigkeit der Abwicklungstellen regelten die "Heeresabwicklungsämter" Preußen, Bayern, Sachsen und Württemberg, die aus den einzelstaatlichen Kriegsministerien entstanden (welche nach Inkrafttreten der Reichsverfassung am 11. August 1919 in "Reichswehr- Befehlstellen" umbenannt wurden) und die "Abwicklungsämter", die aus den Generalkommandos der alten Armee gebildet wurden, zusammen mit "Abwicklungsintendanturen", die aus den Intendanturen der früheren Armeekorps hervorgingen.²⁴

Die Abwicklung der alten Armee war am 31. März 1921 beendet.²⁵ Das bisherige "kaiserliche" Heer - und damit sein Sanitätsdienst - wurden am 3. April 1921 de jure aufgelöst.²⁶

2.2 Die vorläufige Reichswehr

Die linksradikalen Aufstände und Unruhen, die überall im Reich nach dem Zusammenbruch der alten Herrschaftsordnung ausbrachen

und die Bedrohung der Reichsgrenzen im Osten durch Russen und Polen, ließen alsbald zahlreiche - sowohl lokal als auch über-regional organisierte - Freiwilligenverbände (Bürgerwehren, Freikorps) entstehen, weil die neue Regierung über keine einsatzbereiten Truppen als loyales Machtmittel zur Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung verfügte.²⁷ Versuche des Rates der Volksbeauftragten, sich durch das Gesetz über die Bildung einer freiwilligen Volkswehr vom 12. Dezember 1918 eine loyale Stütze zu schaffen, scheiterten: Der Aufbau der Volkswehr gelangte über Ansätze nicht hinaus und wurde nicht weiterverfolgt, da die geplante milizähnliche Organisation in der Bevölkerung keinen Widerhall fand.²⁸ Die Bestrebungen des am 29. Dezember 1918 in den Rat der Volksbeauftragten berufenen, bereits den Titel "Reichswehrminister" tragenden, Gustav Noske (1868-1946) und des am 3. Januar 1919 zum Preußischen Kriegsminister ernannten Oberst Walther Reinhardt (1872-1930) richteten sich daher, vor allem wegen der akuten Gefährdung der deutschen Ostgrenzen, auf die Bildung eines neuen, disziplinierten Heeres mit klarem organisatorischen Rahmen.²⁹ Dabei war von Anfang an eine Wehrmacht des Reiches - die Reichswehr - vorgesehen, in der es keine Sonderrechte mehr geben sollte, wie sie bis 1918 vor allem die Truppenkontingente Bayerns, Sachsens und Württembergs gehabt hatten.

Der Wiederaufbau des Heeres konnte nur schrittweise erfolgen. Erste Schritte waren die Verordnungen vom 19. Januar 1919 über die vorläufige Regelung der Kommandogewalt und Stellung der Soldatenräte bzw. über den militärischen Gruß im Friedensheer.³⁰ Als nächster Schritt wurde vom Preußischen Kriegsminister eine Kommission, der "Reichswehrausschuß", berufen, um "die grundlegenden Verordnungen für die neue Wehrmacht vorschlagweise zu bearbeiten".³¹

Die Kommissionsergebnisse führten zum Gesetz über die Bildung einer vorläufigen Reichswehr vom 6. März 1919.³² Es ermächtigte den Reichspräsidenten eine (da die Friedensvertragsbestimmungen

noch nicht bekannt waren) lediglich als Übergangsregelung vorgesehene und daher "vorläufige" Reichswehr auf demokratischer Grundlage "durch Übernahme schon bestehender geeigneter Freiwilligenverbände, durch Freiwillige der alten Armee und durch sonstige Freiwillige" zu bilden, die "die Reichsgrenzen zu schützen, den Anordnungen der Reichsregierung Geltung verschaffen und die Ruhe und Ordnung im Innern aufrechtzuerhalten" hatte.³³

Alle Teile der vorläufigen Reichswehr wurden dem Oberbefehl des Reichspräsidenten unterstellt, der, soweit er nicht unmittelbare Befehle erteilte, die Ausübung dieses Oberbefehls dem Reichswehrminister übertrug. Gleichzeitig ging die Heeresverwaltung auf das Reich über. Die Selbständigkeit der Heeresverwaltungen der einzelnen Länder hörte auf. Verwaltungsbefugnisse und Kommandogewalt sowie die Verantwortung für militärische Maßnahmen und Ausgaben lagen nur noch beim Reichswehrministerium, das zum 1. Oktober 1919 aus den vorhandenen einzelstaatlichen Kriegsministerien und sonst geeigneten Militärbehörden neu gebildet wurde. In der Übergangszeit bis zum 30. September 1919 bediente sich der Reichswehrminister zur Führung und Verwaltung der in "Reichswehr-Befehlsstellen" umgewandelten einzelstaatlichen militärischen Zentralbehörden, deren Chefs die Befehlsgewalt über die Truppen ihres Bereiches im Auftrag des Reichswehrministeriums ausübten.³⁴ An die Stelle des bisher vom Preußischen Kriegsministerium herausgegebenen "Armee-Verordnungsblattes" trat das "Heeres-Verordnungsblatt", in dem die für das gesamte Heer gültigen Verordnungen und Erlasse seither veröffentlicht wurden.³⁵

Bei den Truppen und Dienststellen übten die Führer die Befehlsgewalt aus.³⁶ Damit war nach den Revolutionswirren die Befehls- und Kommandogewalt der Offiziere endgültig gesichert. An die Stelle der "Soldatenräte" traten "Vertrauensleute", die bei den Kompanien halbjährlich gewählt wurden.³⁷ In den Lazaretten wählten das Pflegepersonal und die Kranken jeweils gesonderte Vertrauensleute.³⁸

Für die Personalbearbeitung der Offiziere blieben zunächst die

bisherigen Stellen zuständig; Generalstellen wurden vom Reichspräsidenten auf Vorschlag der noch bestehenden Kriegsministerien besetzt. Die Werbung und Einstellung der Freiwilligen erfolgte durch die Generalkommandos der alten Armee. Mannschaften mußten sich zunächst auf sechs Monate verpflichten; die Verpflichtung verlängerte sich jeweils um drei weitere Monate, wenn nicht mit einmonatiger Frist gekündigt wurde.³⁹

Die Uniform der vorläufigen Reichswehr, die in ihren grundlegenden Bestimmungen bis 1945 Gültigkeit behielt, und die neuen Dienstgradabzeichen, die zunächst bei den Offizieren am Unterarm zu tragende Ärmelstreifen und bei den Unteroffizieren nach oben offene Tressenwinkel am Oberarm - ab Dezember 1920 für Offiziere und Unteroffiziere allerdings wieder Schulterstücke⁴⁰ - vorsahen, ließen eine deutliche Distanzierung zur alten Armee erkennen.⁴¹

Die Planungen für die vorläufige Reichswehr sahen einen Umfang von etwa 400 000 Mann vor. Es wurden vier Gruppenkommandos gebildet (I Berlin, II Kassel, III Kolberg, IV München), unter denen im Bereich eines jeden Generalkommandos der alten Armee (24 ohne Garde) je eine "große Reichswehrbrigade" mit drei Infanterie-Regimentern und eine "kleine Reichswehrbrigade" mit zwei Infanterie-Regimentern aufgestellt werden sollten. Als Gruppentruppen waren, bis zum Verbot durch die Entente, auch schwere Artillerie-, Flieger-, Flak- und Kampfwagenverbände vorgesehen.⁴²

Zur Unterscheidung von Formationen des alten Heeres und der Freikorps hatten alle Formationen der vorläufigen Reichswehr vor ihren Bezeichnungen den Zusatz "Reichswehr-" zu führen.⁴³ Sie nannten sich jedoch nicht selten lediglich nach dem Namen ihrer Führer oder nach sonstigen Persönlichkeiten, nach Orten und Gegenden. Da zudem durch die Eingriffe der Entente und die Notwendigkeit, die Abstimmungsgebiete und die neutrale Zone im Westen von Truppen zu räumen, nicht alle geplanten Truppenteile zur Aufstellung gelangten und aufgestellte Truppenteile wieder aufgelöst werden mußten, ist eine genaue Übersicht über die Formationen der vorläufigen Reichswehr nicht möglich.⁴⁴

Bezüglich des Sanitätsdienstes waren in der vorläufigen Reichswehr Gruppen-Sanitätsabteilungen, Brigade-Feldlazarette und -Sanitätskompanien geplant, von denen sich zumindest die zeitweilige Existenz von 18 Sanitätskompanien nachweisen läßt.⁴⁵ Vom damaligen Sanitätsinspekteur und Chef der Sanitätsabteilung des Reichswehrministeriums, Generalarzt Dr. Schultzen, konnte durchgesetzt werden, daß die Militärärzte Sanitätsoffiziere blieben und nicht, wie es viele wollten, Militärbeamte wurden.⁴⁶ Für die Sanitätsoffiziere ergaben sich keine wichtigen Änderungen. Die bei den Truppenteilen und militärischen Behörden diensttuenden Sanitätsoffiziere unterstanden weiterhin außer ihren militärärztlichen Vorgesetzten der Befehlsgewalt ihrer unmittelbaren Truppenvorgesetzten. Das Sanitätsoffizierkorps der vorläufigen Reichswehr blieb wie in der alten Armee, neben dem Offizierkorps bestehen. Neu war, daß der Urlaub für Sanitätsoffiziere und Unterärzte nunmehr durch den nächsten militärärztlichen Vorgesetzten erteilt wurde. Dieser hatte dem militärischen Vorgesetzten/der Kommandobehörde von der Urlaubsbewilligung Mitteilung zu machen.⁴⁷

Das Gesetz über die Bildung einer vorläufigen Reichswehr vom 3. März 1919 sah nur Landstreitkräfte vor. Neben sie trat daher mit Gesetz vom 16. April 1919 die vorläufige Reichsmarine.⁴⁸ Beide Gesetze waren ursprünglich bis zum 31. März 1920 befristet. Sie blieben jedoch bis zur Verkündung des Wehrgesetzes vom 23. März 1921 in Kraft.⁴⁹

2.3 Das Übergangsheer

Umfang, Gliederung und Ausrüstung der vorläufigen Reichswehr und der vorläufigen Reichsmarine mußten nach Unterzeichnung des Versailler Friedensvertrages (am 28. Juni 1919 im Spiegelsaal des Schlosses von Versailles) und seiner Veröffentlichung als Reichsgesetz (am 16. Juli 1919) an die militärpolitischen und militärischen Bestimmungen des Vertrages angepaßt werden. Inhalt und Folgen der wesentlichsten Bestimmungen des Versailler Vertra-

ges sollen daher zum Verständnis kurz dargestellt werden:

Durch den Versailler Vertrag, der am 10. Januar 1920 in Kraft trat und in 440 Artikeln u.a. auch die Völkerbundsatzung als Ausgangspunkt für eine europäische Friedensordnung enthielt⁵⁰, verlor das Deutsche Reich alle überseeischen Besitzungen, mehr als ein Achtel seines europäischen Gebietes vor dem 1. Weltkrieg mit etwa einem Zehntel seiner Bevölkerung. Damit waren nicht nur bedeutende ökonomische Verluste sondern - wegen der auf Grund der Vertragsbestimmungen zu leistenden erheblichen Sachlieferungen und gewaltigen finanziellen Reparationen, die einseitig mit der Feststellung der Kriegsschuld begründet und im Jahre 1921 zunächst auf 132 Milliarden Goldmark festgesetzt wurden - so starke Einbußen an Nationalvermögen und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit verbunden, daß es zum Sturz Deutschlands von der Höhe einer rasch aufgestiegenen Weltmacht kam und in den folgenden Jahren größte öffentliche Sparsamkeit erforderlich wurde, die die Gestaltung der Weimarer Republik und der Reichswehr (und damit auch die Ausstattung der Reichswehrlazarette) sehr nachhaltig beeinflussten.

Für die militärische Landesverteidigung waren zahlreiche Hoheits-einschränkungen, wie die Auslieferung bzw. Vernichtung fast des gesamten deutschen Kriegsmaterials und seiner Produktionsmittel sowie die Internationalisierung der großen deutschen Flüsse und des Nord-Ostsee-Kanals, von großer Bedeutung. Links des Rheins und in einer 50 Km breiten Zone rechts des Rheins mußte Deutschland alle Befestigungen schleifen und durfte in dieser links- und rechtsrheinischen Zone weder ständig noch zeitweise Truppen unterhalten oder Soldaten in Uniform einreisen lassen (weshalb sich später in diesem Gebiet - vgl. Anhang Nr. 3 - keine Reichswehrlazarette befanden). Als Sicherheit dafür, daß Deutschland die Vertragsbestimmungen einhielt, wurde das Gebiet links des Rheins mit den rechtsrheinischen Brückenköpfen Köln, Koblenz und Mainz in drei Zonen auf 5, 10 und 15 Jahre von Truppen der Alliierten besetzt.⁵¹

Durch eine bis ins kleinste Detail vorgeschriebene Beschränkung der deutschen Streitkräfte sollte verhindert werden, daß Deutschland als militärische Macht wieder erstand.⁵²

Danach war das Heer sämtlicher deutscher Einzelstaaten, das im Juli 1919 als "vorläufige Reichswehr" etwa 300 000 Mann umfaßte, auf eine Gesamtstärke von 100 000 Mann einschließlich höchstens 4000 Offiziere (Art. 160 VV), die Reichsmarine auf 15 000 Mann einschließlich höchstens 1500 Offiziere und Deckoffiziere (Art. 183 VV) herabzusetzen. Die Aufstellung und Ergänzung der Streitkräfte mußte, da die allgemeine Wehrpflicht abzuschaffen war, auf der Grundlage freiwilliger Verpflichtung erfolgen (Art. 173 VV), wobei Unteroffiziere und Mannschaften sich für eine ununterbrochene Dienstzeit von 12 Jahren (Art. 174 VV), Offiziere für mindestens 25 Dienstjahre (Art. 175 VV) verpflichten mußten. Jährlich durften nicht mehr als 5% der Ist-Stärke an Offizieren, Unteroffizieren und Mannschaften vor Ablauf der Dienstzeit entlassen und ergänzt werden; Reserveübungen ausgeschiedener Offiziere und ihre Einbeziehung in ein anders geartetes militärisches Dienstverhältnis sowie die Heranziehung von Beamten und Angestellten zu militärischen Übungen und sämtliche Mobilisierungsvorbereitungen waren verboten (Art. 181-197 VV).

Zur Heeresstruktur war in Art. 160 VV bindend festgesetzt, daß die Landstreitkräfte nicht mehr als sieben Infanterie-Divisionen und drei Kavallerie-Divisionen umfassen durften, welche unter zwei Generalkommandos zusammenzufassen waren und hinsichtlich Zahl und Stärke ihrer Einheiten an Infanterie, Artillerie, Pionieren, technischen Dienstzweigen und Sanitätsformationen Höchststärken einzuhalten hatten. Die Unterhaltung oder Bildung anderswie zusammengefaßter Kommandobehörden war verboten. Der Große Generalstab und alle anderen ähnlichen Formationen waren aufzulösen und durften unter keiner Gestalt neu gebildet werden. Alle militärischen Akademien und Schulen, bis auf eine Offizierschule je Waffengattung, wurden aufgehoben. Für die zugelassenen Stäbe und obersten Verwaltungsbehörden wurden Höchststärken bei der Besetzung mit Offizieren vorgeschrieben, beispielsweise 300 für das Kriegsministerium. Außerdem hatte die Heeresverwaltung ihr

ziviles Personal, das bei den 100 000 Mann nicht mit eingerechnet war, auf den zehnten Teil der im Heereshaushalt 1913 festgelegten Stärke zu vermindern.⁵²

Die Seefestungen waren ebenfalls zu entfestigen, soweit nicht einzelne Verteidigungsanlagen zugelassen blieben. Außerdem durfte die "Deutsche Seemacht" lediglich 8 Schlachtschiffe, 8 kleine Kreuzer, 16 Zerstörer und 16 Torpedoboote (Art. 181 VV) umfassen, wobei Linienschiffe und Kreuzer erst 20 Jahre, Zerstörer und Torpedoboote erst 15 Jahre ab Stapellauf oder bei Totalverlust ersetzt werden durften (Art. 190 VV). Alle anderen Kriegsschiffe waren außer Dienst zu stellen und abzuwracken.⁵³

Gemäß Art. 160 VV sollte das Heer bis zum 31. März 1920 auf die vorgesehene Friedensstärke von 100 000 Mann reduziert werden. Vom Reichswehrminister wurde daher mit Erlassen vom 5. und 13. August 1919 zunächst die Verminderung des damals etwa 300 000 Mann starken Heeres auf 200 000 Mann zum 30. September 1919 angeordnet.⁵⁴

Alle aus Anlaß der Herabminderung der Heeresstärken (die bereits formierten 22 großen Reichswehrbrigaden wurden auf 14, die 18 kleinen auf 6 reduziert) neu bzw. umgebildeten Formationen der vorläufigen Reichswehr wurden als "Übergangsheer" bezeichnet und führten einen entsprechenden Klammerzusatz, um Verwechslungen bei den Abwicklungsarbeiten zu vermeiden.⁵⁵

Im 200 000-Mann-Heer waren 4 Gruppen-, 6 Wehrkreis- sowie 15 Brigadekommandos und 1 Sanitätsinspekteur (Generalstabsarzt), 4 Gruppenärzte (Generalärzte), 21 Brigadeärzte (Generaloberärzte) und 18 Sanitätskompanien vorhanden.⁵⁶

Die bereits eingeleitete weitere Heeresverminderung wurde jedoch im März 1920 wegen der innenpolitischen Unruhen (13. März: Kapp-Putsch; 15. März: Beginn der kommunistischen Aufrührerbewegung im Ruhrgebiet) gestoppt und die Alliierten am 20. April 1920 unter Hinweis auf die notwendige Aufrechterhaltung der inneren Ordnung ersucht, einem Heer in der damals bestehenden Größenordnung von 200 000 Mann zuzustimmen. Die Alliierten

waren jedoch zu keiner Diskussion über die Heeresstärke bereit. In der Konferenz von Spa gestanden sie im Juli 1920 lediglich zu, daß - anders als in der Marine - die 300 Sanitätsoffiziere (und 200 Veterinäroffiziere) nicht auf die Gesamtzahl der zugestandenen 4000 Offiziere angerechnet wurden. Außerdem gestatteten sie eine geringe Erhöhung der Zahl der Zivilbeamten der Reichswehr und stimmten einer Verlängerung der Fristen für die Heeresverminderung zu: Bis zum 1. Oktober 1920 mußte das Heer auf 150 000 Mann, am 1. Januar 1921 endgültig auf 100 000 Mann verringert sein.⁵⁷

Vom Reichswehrministerium wurde daraufhin am 31. Juli 1920 der Befehl für die Verminderung des Heeres erteilt.⁵⁸ In Verbindung mit den dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen⁵⁹ vom 21. August 1920 wurde die Ist-Stärke des Heeres fristgerecht auf den zugebilligten Umfang herabgesetzt. Zugleich wurde die vorläufige Reichswehr in das Reichsheer mit den erlaubten sieben Infanterie- und drei Kavallerie-Divisionen umgegliedert.

Bei der Umgliederung entfielen mit der Auflösung der Brigadestäbe die bislang dort eingerichteten Stellen für Brigadeärzte. Dafür wurden in den neu aufgestellten Wehrkreiskommandos I - VII sowie bei den drei Kavallerie-Divisionen Stellen für Divisionsärzte eingerichtet. Diese nahmen ab 1. April 1920 ihre Tätigkeit auf.⁶⁰

Die in Art. 160 VV zugestandenen sieben Sanitätskompanien für die Infanteriedivisionen wurden als Sanitätsabteilungen gebildet, in denen ab 1. Oktober 1920 alle Sanitätsoffiziere, -unteroffiziere und -mannschaften jedes Wehrkreises zusammengefaßt wurden.⁶¹

Dabei mußten, mit Ausnahme eines Sanitätsunteroffiziers bei jeder Divisions-Sanitätsabteilung, alle über 12 Jahre dienenden Sanitätsunteroffiziere spätestens am 31. Dezember 1920 ausscheiden.⁶² Ebenso wurden alle Truppenoffiziere, Sanitätsoffiziere und Veterinäroffiziere, deren Anstellung im 100 000-Mann-Heer nicht vorgesehen war, aufgrund der Verordnung des Reichspräsidenten vom 5. November 1920, verabschiedet.⁶³

Am 1. Januar 1921 war der äußere Aufbau der neuen Wehrmacht, wie ihn die Friedensbedingungen von Versailles vorsahen, vollendet.⁶⁴

3. Grundlagen, Gliederung und Befehlsverhältnisse der Reichswehr

Als Geburtsdatum der Reichswehr gilt der 1. Januar 1921, da das die Reichswehr begründende Wehrgesetz vom 23. März 1921⁶⁵ rückwirkend zum 1. Januar 1921 in Kraft trat. Seither wurde auch die Bezeichnung "Reichswehr", die nach dem Gesetz vom 6. März 1919 über die Bildung einer vorläufigen Reichswehr zunächst nur die Landstreitkräfte umfaßt hatte, amtlich als Oberbegriff für "Reichsheer" und "Reichsmarine" verwendet, weil § 1 des Wehrgesetzes bestimmte: "Die Wehrmacht der Deutschen Republik ist die Reichswehr. Sie wird gebildet aus dem Reichsheer und der Reichsmarine, die aus freiwilligen Soldaten und nicht im Waffendienste tätigen Militärbeamten gebildet und ergänzt wird." Die Umgangssprache behielt gleichwohl vielfach die Gleichsetzung der Begriffe Reichswehr und Reichsheer bei.

Formal blieb das Wehrgesetz - mit Änderungen vom 18. Juni 1921 und 20. Juli 1933 - bis zur Wiedereinführung der allgemeinen Wehrpflicht durch das Gesetz über den Aufbau der Wehrmacht vom 16. März 1935⁶⁶ gültig. Die Ära der Reichswehr war jedoch faktisch im Jahre 1933 mit Hitlers Einwirkungen auf die militärischen Planungen beendet, die bereits im Oktober 1934 zu einer Verdreifachung der Stärke des Reichsheeres führten und damit den Beginn der nationalsozialistischen Wiederaufrüstung markieren.⁶⁷

Die materiellen und strukturellen Grundlagen der Reichswehr wurden durch das Wehrgesetz vom 23. März 1921 festgelegt. Sein Inhalt und viele seiner Formulierungen waren durch die einschlägigen Bestimmungen des Versailler Friedensvertrages vom 28. Juni 1919, durch die Verfassung des Deutschen Reiches vom 11. August 1919⁶⁸ sowie die der Verfassung auf Veranlassung der Alliierten vorgehenden Gesetze über die Aufhebung der Militärgerichtsbarkeit vom 17. August 1920⁶⁹ bzw. über die Abschaffung der allgemeinen Wehrpflicht und die Regelung der Dauer der Dienstverpflichtung vom 21. August 1920⁷⁰ bestimmt

und durch die Gesetze über die Bildung einer vorläufigen Reichswehr und einer vorläufigen Reichsmarine im voraus geprägt.

Wesentlichste Bestimmungen des Wehrgesetzes waren die Festsetzung der Zahl der Soldaten und Militärbeamten des Reichsheeres auf höchstens 100 000 (darin eingeschlossen 4 000 Offiziere und im Offiziersrang stehende Militärbeamte sowie 300 Sanitäts- und 200 Veterinäroffiziere) und die Festsetzung der Zahl der Soldaten und Militärbeamten der Reichsmarine auf höchstens 15 000 (eingeschlossen 1 500 Offiziere, Sanitätsoffiziere und Deckoffiziere)⁷¹, bei genauer Festlegung von Art und Anzahl der zu unterhaltenden Truppenteile sowie Marineteile zur See und am Lande. In Verbindung mit der Abschaffung der allgemeinen Wehrpflicht und des Beurlaubtenstandes, dem erzwungenen Verzicht auf moderne Waffengattungen und Bewaffnung sowie des Verbotes jeglicher Reservebestände und Mobilmachungsvorarbeiten bei gleichzeitiger Bildung eines Berufsheeres und einer Berufsmarine aus Freiwilligen mit einer Verpflichtungszeit von mindestens 25 Jahren für Offiziere und zwölf Jahren für Unteroffiziere und Mannschaften wurde eine völlig neue Wehrform eingeführt, die der deutschen Entwicklung und Heeresgeschichte fremd war.⁷²

Die Befehlsführung lag ausschließlich in der Hand der gesetzmäßigen Vorgesetzten. Für alle Kommandobehörden und Truppeneinheiten waren Vertrauensleute zu wählen.

Oberster Befehlshaber der gesamten Reichswehr war der Reichspräsident. Seine Anordnungen bedurften der Gegenzeichnung durch den Reichskanzler oder Reichswehrminister, die die parlamentarische Verantwortung trugen.

Unter dem Reichspräsidenten übte der Reichswehrminister die Befehlsgewalt aus. Ihm unterstanden in dem am 1. Oktober 1919 neu gebildeten Reichswehrministerium ein General als "Chef der Heeresleitung" und ein Admiral als "Chef der Marineleitung" unmittelbar, die ihn mit zugeordneten Ämtern/ Abteilungen/Inspektionen bei der Ausübung der Kommandogewalt über das Reichsheer bzw. die Reichsmarine vertraten und deren Spitze bildeten.⁷³

3.1 Reichsheer

Mit der Bildung des Reichsheeres wurden aufgestellt:

- 21 Infanterie-Regimenter (mit je 1 Oberstabsarzt und 1 SanFw im Regt.Stab), die in 3 (Feld-)Bataillone (mit 1 Stabsarzt und 1 SanUffz im Batl.Stab) zu je 4 Schützen-Kompanien (mit jeweils 1 SanSoldat) und, als 13. Kp, in eine Minenwerferkompanie (mit 1 SanSoldat) untergliedert waren,
- 21 Ausbildungsbataillone (im Batl.Stab 1 Stabsarzt, 1 SanUffz) zu je 3 Kompanien (mit jeweils 1 SanSoldat), die den Infanterie-Regimentern als 14., 15. und 16.Kp unterstanden,
- 18 Reiter-Regimenter (mit 1 Oberstabsarzt, 1 Ober- oder Assistenzarzt und 1 SanFw im Regt.Stab), die sich in 4 Eskadronen (mit jeweils 1 SanSoldat) gliederten,
- 18 Ausbildungs-Eskadronen (mit jeweils 1 SanSoldat), die den Reiter-Regimentern als 5. Eskadron unterstanden,
- 7 selbständige Eskadronen (mit je 1 Ober- oder Assistenzarzt 1 SanSoldat), die zu den Infanterie-Divisionen gehörten und 7 Reiter-Regimentern als 5. Eskadron zugeteilt waren,
- 7 Artillerie-Regimenter (mit 1 SanFw im Regt.Stab), die sich in 3 Abteilungen (mit 1 Oberstabs-/Stabsarzt und 1 SanUffz im Abt.Stab; der dienstälteste Abteilungsarzt war gleichzeitig Regimentsarzt) zu je 3 Batterien (mit jeweils 1 SanSoldat) untergliederten,
- 7 Ausbildungs-Batterien (mit jeweils 1 SanSoldat), die als 10. (A-)Batterie dem Reiter-Regiment unterstanden,
- 3 selbständige, reitende Artillerie-Abteilungen (mit 1 Stabsarzt, 1 SanUffz) zu je 3 Batterien (mit je 1 SanSold), die dem 3. Artillerie-Regiment als IV. und V., dem 6. Artillerie-Regiment als IV. Abteilung zugeteilt waren,
- 7 Pionier-Bataillone (im Batl.Stab 1 Stabsarzt, 1 SanUffz) zu je 2 Pionierkompanien, 1 Brückenkolonne und 1 Scheinwerferzug (mit jeweils 1 SanSoldat),
- 7 Nachrichten-Abteilungen (im Stab 1 Stabsarzt, 1 SanUffz) zu je 2 Nachrichtenkompanien (mit jeweils 1 SanSoldat),
- 7 Kraftfahr-Abteilungen (im Abt.Stab 1 Stabsarzt, 1 SanUffz) zu je 3 Kraftfahrkompanien (mit jeweils 1 SanSoldat),
- 7 Fahr-Abteilungen (im Abt.Stab 1 Stabsarzt, 1 SanUffz) zu je 4 Fahreskadronen (mit jeweils 1 SanUffz),
- 7 Sanitäts-Abteilungen (vgl. Seite 38-42).⁷⁴

Hieraus wurden sieben Infanterie-Divisionen und drei Reiter-Divisionen gebildet, welche gemäß Versailler Vertrag unter zwei Korpsstäben - die die in der vorläufigen Reichswehr eingeführte Bezeichnung "Gruppenkommando" behielten - zusammengefaßt waren.

Die Kommandeure der Gruppen führten die Bezeichnung "Oberbefehlshaber" und waren dem Reichswehrminister - Chef der Heeresleitung - unmittelbar unterstellt. Sie hatten vor allem die Einheitlichkeit der Ausbildung in den Divisionen zu überwachen. Dazu waren dem Gruppenkommando 1 die 1., 2., 3. und 4. Infanterie-Division sowie die 1. und 2. Reiter-Division und dem Gruppenkommando 2 die 5., 6. und 7. Infanterie-Division sowie die 3. Reiter-Division unterstellt. Die Stationierung der Gruppen und Divisionen ist aus Anhang Nr. 2 ersichtlich.

Die 7 Kommandeure der Infanterie-Divisionen waren in Personalunion "Befehlshaber" der Wehrkreise I - VII, in die das Gebiet des Reiches bereits zur Zeit der vorläufigen Reichswehr verwaltungsmäßig eingeteilt worden war und in denen sich sämtliche Unterbringungsorte ihrer Division befanden.

Als Wehrkreisbefehlshaber trugen sie die Verantwortung für die Durchführung der Aufgaben der Landesverteidigung im Wehrkreis und waren daher dem Reichswehrministerium - Chef der Heeresleitung - ebenfalls unmittelbar unterstellt. Sie waren insbesondere für den Zustand und die Verwaltung der Heeresausstattung und der in ihrem Bereich liegenden Festungen verantwortlich. Bei kriegerischen Verwicklungen, inneren Unruhen und Notständen hatten sie volle Verfügungsgewalt über alle im Wehrkreis stationierten Truppen und konnten in territorialen Angelegenheiten auch den Reiter-Divisionen bzw. -Regimentern und den im Wehrkreis gelegenen Landbezirken der Marine, die in der Reichswehr für den Küstenschutz zuständig waren, Weisungen erteilen - soweit sich dies vorgesetzte Dienststellen nicht vorbehielten. Als Wehrkreisbefehlshaber waren die Divisionskommandeure somit Rechtsnachfolger der früheren Kommandierenden Generäle.

Zu ihren Aufgaben als Divisionskommandeur gehörten vor allem die Ausbildung und Führung der Division. Darüber hinaus leiteten sie in dieser Funktion die Werbung (Personalergänzung), die Fürsorge und die Verwaltung - soweit für die letztgenannte Aufgabe nicht die Wehrkreisverwaltungsämter, die Wehrkreisbaudirektionen und die Heeresforstinspektionen als selbständige, dem Reichswehr-

ministerium unmittelbar unterstellte Zivilverwaltungsbehörden zuständig waren (welche in Vollzug eines Ultimatums der Alliierten entweder als Behörden neu gebildet oder wieder in die Heeresverwaltung übernommen werden mußten).⁷⁵

Gemäß Truppengliederung gehörten zu jeder Infanterie-Division ein Divisionsstab, drei Infanterie-Regimenter, ein Artillerie-Regiment, ein Pionier-Bataillon, eine Nachrichten-Abteilung, eine Kraftfahr-Abteilung, eine Fahr-Abteilung und eine Sanitäts-Abteilung.

Die drei Infanterie-Regimenter und bis 1930 auch das Pionier-Bataillon waren einem "Infanterieführer", das Artillerie-Regiment und die Fahr-Abteilung einem "Artilleriesführer", alle übrigen Abteilungen, ab 1931 auch das Pionier-Bataillon, der Division direkt unterstellt.

Da die Divisionsstäbe (u.a. 25 Offiziere, davon 2 Sanitäts-offiziere, und 9 Beamte) in ihrer Zusammensetzung eher früheren Generalkommandos glichen und die Stäbe der Infanterie- und Artilleriesführer durchaus einem Divisionsstab vor 1914 (allerdings ohne Sanitäts-offiziere und Beamte) entsprachen, wird aus der Kommandogliederung deutlich, wie sehr die Reichswehr als "Kaderheer" angelegt war: Die unter dem Nationalsozialismus durchgeführte Heeresvermehrung durch Umgliederung der Wehrkreis-kommandos in Generalkommandos und der Stäbe der Infanterie- und Artilleriesführer in Divisionsstäbe bereitete organisatorisch keine Schwierigkeiten.⁷⁶

Eine Reiter-Division, welche in Abweichung von der Terminologie des Wehrgesetzes in der Umgangssprache zumeist als "Kavallerie-Division" bezeichnet wurde, bestand aus sechs Reiter-Regimentern. Zusätzlich waren ihr im Frieden 1-3 Aufklärungs-Eskadronen unterstellt, von denen jeweils eine im Kriegsfall zu den Infanterie-Divisionen treten sollte. Auch die im Krieg für die Kavallerie-Divisionen bestimmten reitenden Artillerie-Abteilungen blieben im Frieden bei den Reiter-Regimentern. Wenn zusätzlich die in Abschnitt 3.3 beschriebene Gliederung des Sanitätsdienstes berücksichtigt wird, ergibt sich, daß in der Reichswehr Friedens- und

Kriegsgliederung deutlich voneinander abwichen. Nur bei größeren Truppenübungen trat die Truppe in kriegsmäßiger Gliederung zusammen.⁷⁷

Die Kommandeure der Kavallerie-Divisionen hatten gegenüber den Kommandeuren der Infanterie-Divisionen eine unbedeutendere und schwierigere Stellung. Dies war vor allem dadurch bedingt, daß die ihnen unterstellten Truppen regelmäßig auf zwei oder drei Wehrkreise verteilt waren und die Kommandeure bei Verwaltungsangelegenheiten sowie der sanitätsdienstlichen Versorgung nicht mitwirkten, weil dafür die territorial zuständigen Wehrkreisverwaltungsämter und Wehrkreisbefehlshaber die Verantwortung trugen.

Die Kommandeure der Regimenter/selbständigen Abteilungen waren für den Geist und die einheitliche Ausbildung, für den Zustand und die Verwaltung der Heeresausstattung ihres Regiments verantwortlich. Ihnen oblag die Führung und Erziehung sowie die militärische und wissenschaftliche Ausbildung des Offizierkorps, die Sorge für geeigneten Ersatz und die Regelung der Offizierstellenbesetzung.

Für größere Standorte und Festungen wurde ein "Kommandant" ernannt, der nach den Bestimmungen der "Standortdienstvorschrift" für die Aufrechterhaltung der militärischen Disziplin und Ordnung im Standort zu sorgen, die Benutzung der Standorteinrichtungen sowie den Standortdienst und den Einsatz der Truppen bei öffentlichen Notständen sowie die Verteidigungsfähigkeit zu regeln, in den inneren und den Ausbildungsdienst der Truppenteile aber nicht einzugreifen hatte. Er unterstand dem Befehlshaber des Wehrkreises. In (kleineren) Standorten ohne Kommandantur war für diese Aufgaben der jeweils dienstälteste Offizier als "Standortältester" zuständig. Er war, wie der Standort- oder Festungskommandant, der Repräsentant der Reichswehr gegenüber allen Behörden des Reiches, der Länder und Gemeinden.⁷⁸

Nach dem Wehrgesetz gab es zudem "Landeskommandanten", die die Landesregierungen über alle die Landesinteressen berührenden Vorgänge zu unterrichten und die Interessen der Länder gegenüber der Reichswehr zu vertreten hatten.⁷⁹

3.2 Reichsmarine

Die deutschen Küsten und die sie begrenzenden Meeresteile waren für die Reichsmarine in zwei Bereiche, den Bereich der Marinestation der Ostsee und den Bereich der Marinestation der Nordsee (mit Grenze bei der Kilometertafel 9 des Kaiser-Wilhelm-Kanals), geteilt. Jedem dieser Bereiche stand ein Stationskommando vor. Das Kommando der Marinestation der Ostsee (O) hatte seinen Sitz im Reichskriegshafen Kiel, das Kommando der Marinestation der Nordsee (N) lag im Reichskriegshafen Wilhelmshaven.

An der Spitze jedes Stationskommandos stand ein dem Chef der Marineleitung unmittelbar unterstellter Flaggoffizier (mit dem Rang eines Konteradmirals) als Stationschef.

Die Marinestationen waren die historisch gewachsenen Kommando- und Territorialbehörden der deutschen Marine für Personalersatz, Personalsteuerung, Ausbildung, Versorgung der Flotte, Überwachung der Küstengewässer und - neuerdings - Küstenverteidigung.

Den Stationschefs

- unterstanden in jeder Hinsicht

+ die Streitkräfte zur Küstenverteidigung:

je Marinestation drei Küstenabwehr-Abteilungen (1926 in Marine-Artillerie-Abteilungen umbenannt) mit je 1 Artillerie- und 2 Flak-Kompanien (O: Küstenabwehrabt. I Swinemünde, III Kiel, V Pillau; N: Küstenabwehrabt. II Wilhelmshaven, IV Cuxhaven, VI Emden), die von den Kommandanturen Swinemünde, Kiel und Pillau bzw. den Kommandanturen der Befestigungen der Elbe- und Wesermündung Cuxhaven sowie der Befestigungen der Jade in Wilhelmshaven geführt wurden;

+ das Küstennachrichtenwesen:

mit den Marinenachrichten- und Funkstellen sowie den Marinemachrichtenoffizieren der Standorte;

+ alle Marineteile am Lande:

je Marinestation 1 Schiffsstammdivision (mit Stab, Personalamt, I. und II. Abteilung), die für die Personalbewirtschaftung der Deckoffiziere, Unteroffiziere und Mannschaften zuständig

waren und die Rekruten des Stationsbereichs ausbildeten, sowie der Fahrzeugverband der Ostsee bzw. der Nordsee;

- unterstanden truppendienstlich und administrativ, jedoch fachlich unmittelbar der Marineleitung:
 - + die Inspektionen der Marine, die Marineschulen, Schulschiffe, Marineschießplätze, Versuchseinrichtungen und Dienststellen der Marineleitung;
 - + das Marinearsenal Kiel und die Marinewerft in Wilhelmshaven;
 - + die Marineintendanturen Kiel und Wilhelmshaven;
 - + das Sanitätsamt der Marinstation der Ostsee in Kiel und das Sanitätsamt der Marinstation der Nordsee in Wilhelmshaven mit den nachgeordneten Marinelazaretten des Stationsbereiches.

Gliederung und Unterstellung der Flotte waren wechselhaft:

Im Frühjahr 1920 wurden die erhaltengebliebenen Seestreitkräfte der deutschen Marine in zwei Gruppen geteilt, die von einem "Befehlshaber der Seestreitkräfte der Ostsee" (mit Sitz in Swinemünde, ab 1922 in Kiel) und einem Befehlshaber der Seestreitkräfte der Nordsee" (mit Sitz in Wilhelmshaven) geführt wurden. Beide Befehlshaber unterstanden dem jeweiligen Stationschef.

Ende 1923 wurden die im Wehrgesetz vorgesehenen Teile der Flotte (6 Linienschiffe, 6 kleine Kreuzer, 12 Zerstörer, 12 Torpedoboote) in einem gemeinsamen Verband unter einem "Oberbefehlshaber der Seestreitkräfte" zusammengefaßt. Der Verband, dessen Sitz bis 1930 in Wilhelmshaven, dann in Kiel war, erhielt 1925 die Bezeichnung "Flottenkommando", der Oberbefehlshaber die Bezeichnung "Flottenchef" und den Rang eines Vizeadmirals. Er war dem Chef der Marineleitung unmittelbar unterstellt und für die Ausbildung und Schlagkraft der Flotte persönlich verantwortlich. Anfang 1930 wurde die Flottenorganisation erneut geändert: Seither wurden unter dem Flottenchef Teile der Flotte aus taktischen Gründen von einem "Befehlshaber der Linienschiffe" und Teile von einem "Befehlshaber der Aufklärungstreitkräfte" geführt.⁸⁰

3.3 Sanitätsdienst

Zum Sanitätspersonal des Sanitätsdienstes der Reichswehr gehörten neben Soldaten (mit den Hauptklassen Sanitätsoffiziere, Sanitätsunteroffiziere und Sanitätsmannschaften), Militärbeamte im Offiziersrang, Zivilbeamte der Militärverwaltung, Angestellte und Arbeiter.

Sanitätsoffiziere waren, wie in der Kaiserzeit, nur die Militärärzte: Alle Apotheker in den Sanitätseinrichtungen des Reichsheeres und der Reichsmarine hatten den Status von Zivilbeamten der Heeres- oder Marineverwaltung (mit den Amtsbezeichnungen "Regierungsapotheker" oder "Oberregierungsapotheker"), da nach dem Versailler Vertrag die Militärbeamten auf die Zahl der insgesamt genehmigten Soldatenstellen angerechnet werden mußten. Lediglich sieben bei den Wehrkreiskommandos eingesetzte "Wehrkreisapotheker" behielten den Status von Militärbeamten (mit den Amtsbezeichnungen "Stabsapotheker" oder "Oberstabsapotheker").⁸¹ Weiterhin standen die Veterinäroffiziere außerhalb des Sanitätsdienstes und bildeten eine Sonderlaufbahn mit einem Veterinärinspekteur an der Spitze. Spezielle Militärzahnärzte gab es nicht; sofern die Zahnbehandlung nicht durch Militärärzte erfolgte, wurden zivile Zahnärzte vertraglich in Anspruch genommen.

Das Sanitätspersonal mit Beamtenstatus war im Verhältnis zur alten Armee und zur kaiserlichen Marine erheblich verringert worden, um die der Reichswehr zugebilligte Gesamtstärke einhalten zu können. So gab es keine unteren Militärbeamten mehr, zu denen u.a. die einjährig-freiwilligen Apotheker gehört hatten, und an die Stelle der unteren Zivilbeamten, deren Status im Sanitätsdienst vor allem die Zivilkrankenwärter, Hausdiener, Pförtner, Heizer und Maschinisten hatten, traten Angestellte und Arbeiter. Die verbliebenen Militärbeamten (Wehrkreisapotheker) rechneten auf die insgesamt bewilligten 300 Sanitätsoffizierstellen an und hatten im Dienst Uniform zu tragen. Sie waren keine Vorgesetzten

von Soldaten, doch hatten alle Unteroffiziere und Mannschaften ihren dienstlichen Anweisungen Folge zu leisten. Ebenso bestand Grußpflicht und die Posten vor Gewehr hatten ihnen die Offiziere zustehenden Ehrenbezeugungen zu erweisen. Im Unterschied zu den gewöhnlich Zivilkleidung und nur bei besonderen Anlässen Uniform tragenden Zivilbeamten hatten die Militärbeamten neben den Dienstvorgesetzten gemäß Reichsbeamtengesetz (Verwaltungsvorgesetzten) noch militärische Vorgesetzte nach der Disziplinarstrafordnung. Gegenüber den Zivilbeamten bestand kein Unterstellungsverhältnis und keine Grußpflicht der Soldaten. Der Gruß des jüngeren gegenüber dem älteren wurde jedoch erwartet und war üblich.⁸²

Das allgemeine Rang- und Vorgesetztenverhältnis der Reichswehr galt uneingeschränkt für die Soldaten des Sanitätsdienstes. Es wurde bestimmt durch Rangklasse, Dienstgrad und Dienstalter.⁸³

Danach war generell "höher (niedriger) im Dienstrang", "ranghöher" (rangniedriger) oder "rangälter" (rangjünger) jeder Soldat, der einer höheren (niedrigeren) Rangklasse angehörte. "Im Dienstgrad höher" (niedriger) galt jeder Soldat, der einen höheren (niedrigeren) Dienstgrad als ein anderer Soldat hatte. "Dienstälter" (dienstjünger), "nach Patent oder Dienstalter höher" (niedriger) galt jeder Soldat, der einer höheren Rangklasse, einem höheren (niedrigeren) Dienstgrad als ein anderer Soldat angehörte oder bei gleichem Dienstgrad ein höheres (niedrigeres) "Rangdienstalter" in diesem Dienstgrad besaß als ein anderer Soldat.

Für die Sanitätsoffiziere der Reichswehr brachte das Vorgesetztenverhältnis wesentliche Änderungen gegenüber den Verhältnissen in der Kaiserzeit bzw. vorläufigen Reichswehr:

In der alten Armee und in der kaiserlichen Marine bestand die Besonderheit, daß gemäß "Verordnung über die Organisation des Sanitäts-Korps" vom 6. Februar 1873⁸⁴ ein Sanitätsoffizier zwar militärischer Vorgesetzter des unterstellten Sanitätspersonals und aller Unteroffiziere und Mannschaften der Truppe war. Er war jedoch weder Vorgesetzter der Truppen- und Seeoffiziere,

die in der Rangklasse unter ihm standen, noch war er Untergebener der Truppen- und Seeoffiziere, die über ihm im Rang waren. Das Sanitätsoffizierkorps stand n e b e n dem Offizierkorps der Armee und Marine. Ein Offizier war Vorgesetzter eines Sanitätsoffiziers nur auf Grund eines besonderen Dienstverhältnisses. Umgekehrt konnte niemals ein Sanitätsoffizier Vorgesetzter eines Truppen- oder Seeoffiziers werden.

Durch die Verordnung des Reichspräsidenten vom 10. Dezember 1920 über das Rang- und Vorgesetztenverhältnis⁸⁵ wurde dies für die Reichswehr geändert. Die Verordnung schuf ein Einheitsoffizierkorps (im Reichsheer mit den Gattungen Offiziere, Sanitäts- und Veterinäroffiziere; in der Reichsmarine mit den Gattungen Seeoffiziere, Offiziere des Marine-Ingenieurwesens und Marine-Sanitätsoffiziere) und gab damit den Sanitätsoffizieren erstmals die vollen Offiziersrechte:

Seither war der Sanitätsoffizier wie jeder andere Offizier einer höheren Rangklasse in und außer Dienst Vorgesetzter sämtlicher Offiziere der niedrigeren Rangklassen sowie Vorgesetzter sämtlicher Unteroffiziere und Mannschaften der Reichswehr - aber auch allgemeiner Untergebener der in der Rangklasse über ihm stehenden Offiziere. Zwischen Offizieren derselben Rangklasse begründeten höherer Dienstgrad oder höheres Dienstalder (Rangdienstalder) kein Vorgesetztenverhältnis. Jedoch hatte der Dienstjüngere dem Dienstälteren Achtung zu erweisen.

Das Vorgesetztenverhältnis der bei der Truppe oder in einer Formation befindlichen Sanitätsoffiziere erstreckte sich jedoch nicht auf die Befugnis, in die Kommandogewalt der Truppenoffiziere einzugreifen und der Truppe/Formation Befehle zu erteilen. Umgekehrt waren die Truppenbefehlshaber nicht berechtigt, in die "fachmännische Tätigkeit" der Sanitätsoffiziere bzw. Offiziere anderer Gattungen einzugreifen, wobei unter "fachmännischer Tätigkeit" diejenige Tätigkeit verstanden wurde, zu deren Ausübung nur Offiziere mit bestimmter Fachausbildung (Gattung) berufen waren.

Auf die Befehlsgewalt der Chefärzte der Reichswehrlazarette wird in Abschnitt 5.5.1 gesondert eingegangen.

Bei den Offizieranwärtern rechneten die Fähnriche zur Rangklasse der Unteroffiziere ohne Portepée, die Oberfähnriche und Unterärzte/Marine-Unterärzte zur Rangklasse der Unteroffiziere mit Portepée. Die Unteroffiziere waren in und außer Dienst Vorgesetzte der Mannschaften. Ein allgemeines Vorgesetztenverhältnis zwischen den Rangklassen der Unteroffiziere bestand nicht, jedoch war der im Dienstgrad niedrigere dem im Dienst höheren Achtung schuldig und hatte ihn militärisch zu grüßen. In der Rangklasse der Mannschaften gab es ebenfalls kein Vorgesetztenverhältnis.

Als nach dem 1. Weltkrieg mit der Aufstellung des Berufsheeres die Organisation des Sanitätsdienstes geändert werden mußte, wurde auch der zu Verwechslungen mit dem Dienstgrad "Generaloberarzt" führende Dienstgrad "Obergeneralarzt" durch "Generalstabsarzt" ersetzt. Infolgedessen erhielt der "Generalstabsarzt der Armee" die Bezeichnung "Generaloberstabsarzt".

Unter Berücksichtigung dieser Änderungen gab es im Sanitätsdienst der Reichswehr folgende Dienstgradbezeichnungen:⁸⁶

Rangklassen der Offiziere

- im Reichsheer

Rangklasse der Generale	
Generaloberstabsarzt	(entspr. Generalleutnant)
Generalstabsarzt	(entspr. Generalmajor)
Rangklasse der Stabsoffiziere	
Generalarzt	(entspr. Oberst)
Generaloberarzt	(entspr. Oberstleutnant)
Oberstabsarzt	(entspr. Major)
Rangklasse der Hauptleute und Rittmeister	
Stabsarzt	(entspr. Hauptmann)
Rangklasse der Leutnante	
Oberarzt	(entspr. Oberleutnant)
Assistenzarzt	(entspr. Leutnant)

- in der Reichsmarine

Rangklasse der Flaggoffiziere ⁸⁷	
Marinegeneralstabsarzt	(entspr. Konteradmiral)
Rangklasse der Stabsoffiziere	
Marinegeneralarzt	(entspr. Kapitän zur See)
Marinegeneraloberarzt	(entspr. Fregattenkapitän)
Marineoberstabsarzt	(entspr. Korvettenkapitän)
Rangklasse der Kapitänleutnante	
Marinestabsarzt	(entspr. Kapitänleutnant)
Rangklasse der Leutnante	
Marineoberassistentarzt	(entspr. Oberleutnant z.S.)
Marineassistentarzt	(entspr. Leutnant z.S.)

Rangklassen der Unteroffiziere

- im Reichsheer

Rangklasse der Unteroffiziere	mit Portepee
Truppendiensttuender	(entspr. Truppendiensttuender
Sanitätsoberfeldwebel	Oberfeldwebel)
Oberfähnrich, Unterarzt,	
Sanitätsoberfeldwebel	(entspr. Oberfeldwebel)
Sanitätsfeldwebel	(entspr. Feldwebel, Wachtmeister)
Rangklasse der Fähnriche und	Unteroffiziere ohne Portepee
Fähnrich	
Sanitätsunterfeldwebel	(entspr. Unterfeldwebel)
Sanitätsunteroffizier	(entspr. Unteroffizier)

- in der Reichsmarine

Rangklasse der Unteroffiziere	mit Portepee
Sanitätsobermaat	(entspr. Obermaat/Unterfeldwebel)
Sanitätsmaat	(entspr. Maat/Unteroffizier)

Rangklasse der Mannschaften

- im Reichsheer

Sanitätsstabsgefreiter	(entspr. Stabsgefreiter)
Sanitätsobergefreiter	(entspr. Obergefreiter)
Sanitätsgefreiter	(entspr. Gefreiter)
Sanitätsobersoldat	(entspr. Obersoldat)
Sanitätssoldat	(entspr. Schütze)

- in der Reichsmarine

Sanitätsstabsgefreiter	(entspr. Stabsgefreiter)
Sanitätsobergefreiter	(entspr. Obergefreiter)
Sanitätsgefreiter	(entspr. Gefreiter)
Sanitätsobergast	(entspr. Obergast)
Sanitätsgast	(entspr. Gast)

Die Uniform der Soldaten des Sanitätsdienstes im Heer war im allgemeinen die gleiche wie für die vorläufige Reichswehr. Sanitätsoffiziere, -unteroffiziere und -mannschaften unterschieden sich von den anderen Waffengattungen des Heeres durch die kornblumenblaue Waffenfarbe in den Doppellitzen am Rockkragen, in den Unterlagen der Schulterstücke (Sanitätsoffiziere) oder in den Vorstößen der Schulterklappen (Sanitätsunteroffiziere und Mannschaften) und in den Vorstößen der Dienstmütze. Der Truppenteil/die Sanitätsabteilung wurde durch eine Nummer auf der Mitte des Schulterstücks oder der Schulterklappe gekennzeichnet, die bei Mannschaften und Unteroffizieren ohne Portepee aus Wolle in der Waffenfarbe und bei Unteroffizieren mit Portepee aus weißem Metall bestand. Sanitätsoffiziere trugen statt der Nummer einen Äskulapstab aus gelben, solche im Generalsrang aus weißem Metall.

Unterärzte, ab 1928 auch Sanitätsunteroffiziere und Sanitätsmannschaften⁸⁸, trugen zu der Uniform ihres Truppenteils am rechten Unterarm in einem runden Spiegel aus feldgrauem Tuch einen in gelber Wolle gestickten Äskulapstab.⁸⁹

Die Dienstgradabzeichen entsprachen denen der Truppe: Mannschaften trugen auf dem linken Oberarm aufgenähte feldgraue Tressenwinkel. Unteroffiziere hatten mattsilberne Tressen am vorderen und oberen Rand des Rockkragens und an den Schulterklappen. Offiziere trugen Schulterstücke mit Tuchunterlagen in der Waffenfarbe. In den Rangklassen der Leutnante und der Hauptleute bestanden diese aus vier nebeneinanderliegenden graumattsilbernen Plattschnüren (Oberärzte/Oberleutnante mit einem gelben, Stabsärzte/Hauptleute mit zwei gelben Sternen). Bei den Offizieren der Rangklasse der Stabsoffiziere waren die Schulterstücke aus geflochtenen graumattsilbernen Plattschnüren (Generaloberärzte/Oberstleutnante mit einem gelben, Generalärzte/Obristen mit zwei gelben Sternen). Offiziere im Generalsrang trugen Schulterstücke aus Geflecht mit graumattsilbernen und mattgoldenen Plattschnüren (Generaloberstabsärzte/Generalleutnante mit einem weißen Stern).⁹⁰

Bei der Marine erfolgte die Unterscheidung des Sanitätspersonals ebenfalls nur durch einen Äskulapstab als Laufbahnabzeichen auf den Unterärmeln des Rockes und blauen Jacketts sowie auf den Schulterstücken der Marine-Sanitätsoffiziere.⁹¹

Bei der Ergänzung der Sanitätsoffiziere waren die entsprechenden Bestimmungen des Versailler Vertrages zu beachten, wonach aus der alten Armee übernommene Offiziere/Sanitätsoffiziere wenigstens bis zum Alter von 45 Jahren zu dienen hatten, neu ernannte mindestens 25 Jahre hintereinander wirklich Dienst tun mußten und jährlich nicht mehr als 5% der Ist-Stärke vor Ablauf der Verpflichtungszeit entlassen werden durften.

Für die Ergänzung stand zunächst ein reiches, gut qualifiziertes Kräfteangebot aus dem Sanitätsoffizierkorps der alten Armee und der kaiserlichen Marine zur Verfügung. Außerdem konnte auf die letzten Absolventen der Kaiser Wilhelms-Akademie, die

nach den Friedensvertragsbestimmungen 1920 aufgelöst werden mußte, zurückgegriffen werden. Daneben konnten sich Freiwillige für die Sanitätsoffizierlaufbahn melden - im Heer bei den Wehrkreisarzten, in der Marine bei den Stationsärzten. Sie durften höchstens 28 Jahre alt sein, mußten die Approbation als Arzt besitzen oder zumindest die medizinische Staatsprüfung bestanden haben und bei positiver Entscheidung über die Annahme (durch den Sanitätsinspekteur bzw. den Generalstabsarzt der Marine) zunächst eine etwa sieben Monate dauernde militärische Ausbildung absolvieren. In dieser Zeit mußten sie das Dienstzeugnis erwerben und damit die Fähigkeit bestätigt bekommen, die Stellung eines militärischen Vorgesetzten zu bekleiden. Danach wurden sie zum Unterarzt/Marineunterarzt befördert. Sofern sie das zur Erlangung der Approbation erforderliche praktische Jahr noch ganz oder teilweise abzuleisten hatten, wurden sie an die größeren Lazarette kommandiert. Für die Beförderung zum Assistenzarzt/Marineassistentenarzt war außer der ärztlichen Approbation und der Verpflichtung zu einer ununterbrochenen Dienstzeit von 25 Jahren die Wahl zum Offizier erforderlich. Sie konnte frühestens nach Ableistung einer zweimonatigen Dienstzeit als Unterarzt/Marineunterarzt auf Vorschlag des Wehrkreisarztes/Stationsarztes durch die vom Sanitätsinspekteur/Generalstabsarzt der Marine festgelegte Wahlgruppe erfolgen. Nach erfolgter Offizierwahl wurde die Beförderung zum Assistenzarzt/Marineassistentenarzt durch den Reichswehrminister nach Maßgabe freier Stellen ausgesprochen. Die Reihenfolge der Beförderung, die Reihenfolge und Festsetzung des Rangdienstalters richteten sich dabei nach dem Zeitpunkt der Approbation, bei gleicher Approbation entschied das Dienstalter in der Reichswehr, bei gleichem Dienstalter das Lebensalter.⁹²

Die weitere Laufbahn des Sanitätsoffiziers brachte ihm, wie die Auswertung der Ranglisten des Reichswehrministeriums⁹³ zeigt und aus Anhang Nr. 19 und Nr. 20 zum Teil ersichtlich ist, nach 1-2 Jahren die Beförderung zum Oberarzt und nach weiteren 2-4 Jahren die Beförderung zum Stabsarzt. Nach einer Stehzeit von 10-12 Jahren in diesem Dienstgrad konnte die Beförderung zum Oberstabsarzt, nach weiteren 5-6 Dienstjahren die

Beförderung zum Generaloberarzt und - bei entsprechender Eignung und Leistung - nach weiteren 4-5 Jahren die Beförderung zum Generalarzt erfolgen.

Da es in der Reichswehr Dienstposten für Generaloberärzte, außer in der Heeres-Sanitätsinspektion und in der Marine-Medizinalabteilung des Reichswehrministeriums, nur in Standorten mit einem Lazarett gab, setzte die Beförderung zum Generalarzt regelmäßig eine vorherige Verwendung als Chefarzt voraus. Auf die entsprechenden, nach den Ranglisten des Reichswehrministeriums erstellten Erläuterungen zu den Übersichten im Anhang Nr. 19 und Anhang Nr. 20 wird hingewiesen.

Solange Zivilärzte bei ihrem Eintritt in den Sanitätsdienst eine Studiengeldentschädigung von 3000 Reichsmark erhielten, herrschte bis 1924 kein Nachwuchsmangel.⁹⁴ Nachdem diese weggefallen war, wurde deshalb im April 1928 im Heer und ab April 1929 auch in der Marine eine zusätzliche Möglichkeit zur Ergänzung des Sanitätsoffizierkorps geschaffen: Seither konnten Freiwillige, die das Reifezeugnis einer höheren Lehranstalt besaßen, als Sanitätsoffizier-Anwärter in die Reichswehr eingestellt werden (jährlich etwa 15 im Heer und 8-10 in der Marine). Sie wurden nach einer knapp 7monatigen militärischen Ausbildung, in der sie das Dienstleistungszeugnis erwerben mußten (das die Unteroffizierprüfung ersetzte), zu den Lazaretten Königsberg, Breslau, Berlin, Leipzig, Münster, München, Würzburg, Kiel oder Wilhelmshaven kommandiert und von dort zum Medizinstudium auf eigene Kosten an der meistens örtlichen Universität vom militärischen Dienst freigestellt. Nach Bestehen der ärztlichen Vorprüfung erfolgte die Beförderung zum Fähnrich, nach vollständig bestandener ärztlicher Staatsprüfung die Beförderung zum Unterarzt.⁹⁵

Die Entwicklung des Personalbestandes bei den Sanitätsoffizieren zeigt die folgende Übersicht. Aus ihr wird der insbesondere im Reichsheer herrschende Personalmangel bei den Sanitätsoffizieren deutlich. Außerdem zeigt die Übersicht, wie nach dem Wegfall der Studiengeldentschädigung nach 1925 die Zahl der Assistenzärzte im Heer zurückgegangen ist.

Tabelle 1 Personalbestand bei den Sanitätsoffizieren der Reichswehr
(nach den Ranglisten des Deutschen Reichsheeres und der
Deutschen Reichsmarine 1924 - 1932)

Reichsheer	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
Generaloberstabsarzt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Generalstabsarzt	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Generalarzt	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Generaloberarzt	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Oberstabsarzt	46	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Stabsarzt	127	128	128	128	128	128	128	128	128	128
Oberarzt	27	28	28	55	55	55	56	52	48	47
Assistenzarzt	51	55	53	25	28	13	11	3	5	11
SanOffz Heer ges	283	293	291	290	293	278	277	265	263	268
Reichsmarine										
Marinegeneralstabsarzt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Marinegeneralarzt	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Marinegeneraloberarzt	3	3	3	3	3	4	4	7	7	7
Marineoberstabsarzt	17	17	18	18	17	18	17	18	18	18
Marinestabsarzt	39	38	39	40	40	40	40	41	41	41
Marineoberassistentarzt	17	18	21	21	20	19	21	18	10	4
Marineassistentarzt	11	7	2	8	8	8	2	0	1	6
SanOffz Marine ges	90	86	86	93	90	93	88	88	81	80

Gliederung und Aufgabenverteilung im Sanitätsdienst der Reichswehr waren klar und unkompliziert:

Die Leitung des gesamten Sanitäts- und Gesundheitswesens der Reichswehr lag im Reichswehrministerium. Innerhalb des Ministeriums war die Zuständigkeit für den Sanitätsdienst von Heer und Marine geteilt:

- An der Spitze des Sanitätsdienstes des Reichsheeres stand der "Sanitätsinspekteur". Er war dem "Chef der Heeresleitung" unmittelbar unterstellt, während sein Arbeitsstab, die "Sanitäts-Inspektion"(S.In.) - die 1922 in "Heeres-Sanitäts-Inspektion" umbenannt wurde⁹⁶ -, 1928 aus dieser unmittelbaren Unterstellung herausgelöst und mit den anderen Inspektionen in das Wehramt eingegliedert wurde.⁹⁷ Der Sanitätsinspekteur leitete den Sanitätsdienst im Heer, regelte seine einheitliche Ausführung auf Grund der von der Heeresleitung erlassenen Bestimmungen und prüfte die Einheitlichkeit und den Stand der Ausbildung des Sanitätspersonals.⁹⁸ Er war in allen ärztlichen und gesundheitlichen Fragen oberster Gutachter, wozu ihm in wissenschaftlichen Fragen von besonderer Bedeutung der durch Umbenennung

des "Wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser Wilhelms-Akademie gebildete "Wissenschaftliche Senat für das Heeressanitätswesen" zur Verfügung stand, dessen Vorsitz er innehatte.⁹⁹ Er war höchster Disziplinarvorgesetzter des Sanitätspersonals sowie der übrigen Soldaten und Wehrmachtbeamten der unterstellten Sanitätsverbände/-einrichtungen und oberster Fachvorgesetzter des zu Truppenteilen kommandierten Sanitätspersonals. Seine Disziplinargewalt war hierbei auf die Ahndung sanitätsdienstlicher Verfehlungen beschränkt. In allen Fragen ausschließlich ärztlicher Bedeutung führte er unmittelbaren Schriftverkehr mit den Gruppen- und Wehrkreisärzten. Sanitätsdienstliche Anordnungen an die Truppe erließ er "im Auftrag" des Reichswehrministeriums, soweit nicht vorgesetzte Stellen schlußzeichneten. Die Heeres-Sanitäts-Inspektion bestand aus sieben Referaten, die jeweils für die Personalangelegenheiten der Sanitätsoffiziere, für alle wissenschaftlichen Fragen, für die Organisation, für das Lazarettwesen und die Heilfürsorge, für den pharmazeutischen Bereich und für die Auswertung des Materials über den Sanitätsdienst des 1. Weltkrieges zuständig waren und insgesamt sieben Sanitätsoffiziere sowie sieben Beamte umfaßten.¹⁰⁰

Die sehr unterschiedliche Besetzung der Heeres-Sanitätsinspektion mit Sanitätsoffizieren zeigt die folgende Übersicht.

Tabelle 2 Besetzung der Heeres-Sanitätsinspektion mit Sanitätsoffizieren
(nach den Ranglisten des Deutschen Reichsheeres 1924-1932)

Stichtag	GOStArzt	GA	GOA	OStA	StA	ges
01.01.1921	Prof.Dr.Schultzen					
01.04.1923	"	0	3	2	1	7
01.04.1924	"	1	3	1	1	7
01.05.1925	"	1	3	1	1	7
01.05.1926	"	1	2	2	1	7
01.05.1927	"	2	1	3	1	7
01.05.1928	Prof.Dr.Franz	1	1	3	1	7
01.05.1929	"	0	1	3	2	7
01.05.1930	"	0	2	2	2	7
01.05.1931	"	0	1	2	3	7
01.05.1932	"	0	1	3	2	7
01.05.1933	Prof.Dr.Waldmann					

- An der Spitze des Sanitätsdienstes der Reichsmarine stand der "Generalstabsarzt der Marine", der dem "Chef der Marineleitung" unmittelbar unterstellt war. Seine Aufgaben und Befugnisse entsprachen für seinen Zuständigkeitsbereich denen des Heeres-Sanitätsinspektors bis auf die Angelegenheiten des Lazarettwesens und der Heilfürsorge, für die die Federführung auch für den Bereich der Marine bei der Sanitäts-Inspektion lag.¹⁰¹

Sein Arbeitsstab, die dem Chef der Marineleitung ebenfalls unmittelbar unterstellte Marine-Medizinalabteilung ("Gruppe G")¹⁰², war wie folgt mit Sanitätsoffizieren besetzt.

Tabelle 3 Besetzung der Marine-Medizinalabteilung mit Sanitätsoffizieren
(nach den Ranglisten der Deutschen Reichsmarine 1924-1932)

Stichtag	MGStA	MSOA	MSStA	MStA	ges
01.01.1921	MGStA Dr. Uthemann	1	1	1	3
05.03.1922	"	1	1	0	3
10.06.1923	MGStA Dr. Brachmann	0	2	1	4
01.11.1924	"	1	1	1	4
01.11.1925	"	1	1	1	4
01.11.1926	"	1	1	1	4
05.01.1927	"	1	1	1	4
05.01.1928	MGStA Dr. Moosauer	1	1	1	4
01.01.1929	"	1	1	1	4
05.11.1930	"	1	1	1	4
01.11.1931	"	1	1	1	4
04.11.1932	"	1	1	1	4

Im Reichsheer

erfolgte auf Grund der Friedensvertragsbedingungen ein Neubau des gesamten Sanitätswesens. Die neue Organisationsform sah einen "Gruppenarzt" mit dem Dienstgrad Generalstabsarzt bei jedem Gruppenkommando vor. Dieser unterstand unmittelbar dem Sanitätsinspekteur und dem Oberbefehlshaber der Heeresgruppe, dessen Fachberater er war. Er leitete den Sanitätsdienst der Heeresgruppe und war für das Gruppensanitätsdepot (I Berlin, II Kassel; 1933 in Hauptsanitätslager umbenannt¹⁰³) verantwortlich, das die im Gruppenbereich liegenden Wehrkreissanitätsdepots mit Sanitätsmaterial versorgte. Im Rahmen der Dienstaufsicht hatte sich der Gruppenarzt durch Besichtigungen von der ordnungsgemäßen

Durchführung der Krankenversorgung, vom einwandfreien Zustand der Lazarette, der Truppenkrankenstuben und des Sanitätsgerätes seines Dienstbereichs zu überzeugen und konnte hierzu einmal innerhalb zweier aufeinanderfolgender Jahre sämtliche Standorte seines Geschäftsbereichs besuchen, wobei die gesamte Reisedauer acht Wochen nicht überschreiten durfte.¹⁰⁴

Zum Stab jeder Infanterie- und Kavallerie-Division gehörte ein "Divisionsarzt" mit dem Dienstgrad Generalarzt, der außer seinen vorgesetzten Sanitätsoffizieren (Sanitätsinspekteur, Gruppenarzt) dem Divisionskommandeur unmittelbar unterstand. Er war dessen Fachberater in Gesundheitsfragen, hatte die Krankenversorgung im Divisionsbereich zu überwachen und war für den Zustand und die Verwaltung der Sanitätsausrüstung bei den unterstellten Dienststellen verantwortlich. Dazu durften die Infanterie- und Kavallerie-Divisionsärzte einmal jährlich in die Standorte ihres Geschäftsbereichs reisen. Außerdem hatten die Divisionsärzte wie die Gruppenärzte die Befugnis, in zwei Jahren einmal je drei Tage an einer Übung einer aus dem Divisionsbereich zusammengestellten Sanitätsformation teilzunehmen.¹⁰⁵

Der Divisionsarzt einer Infanterie-Division war in Personalunion "Wehrkreisarzt". In dieser - gegenüber den Kavallerie-Divisionsärzten herausgehobenen - Stellung hatte er den Anspruch der Soldaten des Heeres und ihrer Familienangehörigen auf Heilfürsorge im gesamten territorialen Bereich des Wehrkreises sicherzustellen. Dazu gehörte die Regelung des Sanitätsdienstes in den Lazaretten und Truppenkrankenstuben der Standorte, die Anweisung der Truppenteile - auch der Kavallerie-Divisionen - auf die Sanitätseinrichtungen, die Genehmigung von Heilfürsorgeleistungen (soweit dafür eine Genehmigungspflicht bestand und nicht andere Stellen - Standortärzte oder Reichswehrministerium - zuständig waren) und die Verpflichtung von Vertragsärzten, wenn Sanitätsoffiziere nicht zur Verfügung standen. Außerdem war er für die Ausstattung der Truppenteile, Truppenkrankenstuben und Lazarette mit Arznei- und Verbandmitteln sowie Sanitätsgerät jeder Art und dessen

laufende Ergänzung zuständig. Hierfür stand ihm als Sachbearbeiter der "Wehrkreisapotheker" zur Verfügung, der zugleich Leiter des Wehrkreissanitätsdepots (1933 in Wehrkreissanitätslager umbenannt¹⁰⁶) war, das ab 1922 in jedem Wehrkreis im Anschluß an ein Standortlazarett (Wehrkreissanitätsdepot I in Königsberg, II in Stettin, III in Breslau, IV in Dresden, V in Ludwigsburg, VI in Münster/ab 1932 in Hannover, VII in München) eingerichtet wurde¹⁰⁷, um die Lazarette und Truppenärzte mit Sanitätsgerät, Arznei- sowie Verbandmitteln zu versorgen und in seiner Abteilung III (Chemische Untersuchungsstelle) chemische, nahrungsmittelchemische und toxikologische Untersuchungen auszuführen bzw. entsprechende Gutachten erstatten zu können.¹⁰⁸

Der Wehrkreisarzt war auch für die Aufgaben der Militärhygiene im Wehrkreis und damit für die Sorge um die Gesunderhaltung der Soldaten und die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in den Unterkünften, Anlagen und Betrieben des Heeres zuständig. Sein Sachbearbeiter für diese Fragen war der "Hygieniker beim Wehrkreisarzt", welcher als Sanitätsoffizier zugleich die dem Standortlazarett am Sitz des Wehrkreiskommandos angegliederte Hygienisch-bakteriologische Untersuchungsstelle des Wehrkreises leitete¹⁰⁹, in der bakteriologische, serologische, histologische, pathologische und anatomische Untersuchungen für die Lazarette und Truppenärzte ausgeführt, Impfstoffe hergestellt und wissenschaftliche Versuche durchgeführt wurden. Er hatte auch histologisch-bakteriologische Kontrollen an Fleischwaren vorzunehmen, um sich mit dem Ergebnis der Besichtigung der Schlächtereibetriebe ein Urteil über die Betriebshygiene und die Qualität der von der Reichswehr eingekauften Fleischwaren zu bilden.¹¹⁰ Außerdem gehörten zum Stab des Wehrkreisarztes - neben dem Adjutant (Stabsarzt/Oberarzt) - ein Sanitätsoberfeldwebel und zwei Sanitätsunteroffiziere (zum Kavallerie-Divisionsstab außer dem Adjutant nur ein Sanitätsfeldwebel und ein Sanitätsunteroffizier).¹¹¹

Die Sanitätsoffiziere des Reichswehrministeriums, der Gruppenkommandos und Divisionsstäbe einschließlich der Kavallerie-Divisionen waren bei den Kommandobehörden etatisiert. Die verbleibenden

264 Sanitätsoffiziere (von denen jährlich maximal 36 "zur praktisch wissenschaftlichen Durchbildung zu Universitätskliniken und größeren Zivilkrankenhäusern" kommandiert werden durften¹¹²⁾ sowie sämtliche Sanitätsunteroffiziere und -mannschaften einschließlich des zur Beförderung der Kranken und Verwundeten notwendigen Fahr- und Kraftfahrpersonals waren in sieben Sanitäts-Abteilungen zusammengefaßt. Zur Aufstellung von sieben Sanitäts-Abteilungen kam es, weil die Friedensvertragsbedingungen nur den sieben Infanterie-Divisionen eine Sanitätsformation zubilligten (Art. 160 VV) und die personelle Beschränkung des Reichsheeres mit der damit verbundenen personellen Beschränkung des Sanitätspersonals eine Zusammenfassung und zentrale Steuerung der knappen Sanitätskräfte erforderte.¹¹³

Durch die Aufstellung von Sanitäts-Abteilungen unterschied sich der Sanitätsdienst der Reichswehr in charakteristischer Weise vom Sanitätsdienst der alten Armee: Früher war das Sanitätspersonal im Frieden bei den einzelnen Truppenteilen fest eingegliedert und etatisiert; besondere Sanitätsformationen wurden nur im Kriege aufgestellt. Jetzt wurde die Einregimentierung des Sanitätspersonals gelöst und das Sanitätspersonal zu einer eigenen Truppe, die sich in Sanitäts-Abteilungen gliederte, zusammengefaßt und bei den Sanitäts-Abteilungen etatmäßig ausgebracht.

"Kommandeur der Sanitäts-Abteilung", die die Nummer ihrer Division mit einem landsmannschaftlichen Zusatz trug¹¹⁴ und über eine eigene Starkenachweisung, aber über keine eigene Geld- und Bekleidungswirtschaft verfügte, war, in weiterer Personalunion, der Divisionsarzt der jeweiligen Infanterie-Division. Dieser war somit, - von den Gruppen- und Kavallerie-Divisionsärzten sowie deren Adjutanten abgesehen - nicht nur Fach- sondern auch Truppenvorgesetzter des gesamten Sanitätspersonals und der Sanitätseinrichtungen im Wehrkreis. Damit bestanden im Sanitätsdienst des Reichsheeres auf Wehrkreisebene nicht nur klare und überschneidungsfreie Zuständigkeiten, es lagen auch Kompetenz und Verantwortung für den Sanitätsdienst in einer Hand.

Jede Sanitäts-Abteilung, deren Kommandeur auf Grund der Dienststellung die Disziplinarbefugnis eines Regiments-Kommandeurs besaß¹¹⁵, umfaßte etwa 30 bis 60 Sanitätsoffiziere (einschließlich der zur Weiterbildung abkommandierten), 9 Truppenoffiziere und durchschnittlich 400 Unteroffiziere/Mannschaften. Beim Personal der Sanitäts-Abteilung wurde zwischen Sanitätspersonal, Sanitäts-Fahrpersonal und Sanitäts-Kraftfahrpersonal unterschieden:

- Zum Sanitätspersonal gehörten die Sanitätsoffiziere, Sanitätsunteroffiziere und Sanitätsmannschaften. Sie durften nur zu Dienstgeschäften des Sanitätsdienstes verwendet werden.¹¹⁶ Die Stärke des Sanitätspersonals in den einzelnen Sanitäts-Abteilungen war, wie Tabelle 4 zeigt¹¹⁷, unterschiedlich.

Tabelle 4 Personalstärke der Sanitäts-Abteilungen im Jahre 1929
(nach der Rangliste des Deutschen Reichsheeres 1929
und Heeres-Verordnungsblatt 1929, S. 82)

	Sanitätsoffiziere	Sanitätsunteroffiziere	Sanitätsmannschaften
1. (Preußische) Sanitäts-Abt.	50	86	69
2. (Preußische) Sanitäts-Abt.	30	89	70
3. (Preußische) Sanitäts-Abt.	61	128	105
4. (Sächsische) Sanitäts-Abt.	27	86	69
5. (Württemberg.) Sanitäts-Abt.	32	94	76
6. (Preußische) Sanitäts-Abt.	32	94	76
7. (Bayerische) Sanitäts-Abt.	34	86	69
	246	663	534

Die Unterschiede in der Personalstärke ergaben sich hauptsächlich aus der unterschiedlichen Art und Anzahl der im Wehrkreis untergebrachten Regimenter, Bataillone, Abteilungen usw., in deren Stärkenachweisungen die Sanitätsoffiziere, -unteroffiziere und -mannschaften ebenfalls aufgeführt waren. Diese Angaben sollten in der Regel der dienstlichen Verwendung und wirtschaftlichen Zuordnung, wie Abfindung mit Gebühren, entsprechen und galten insbesondere als Anhalt für die Zuteilung von Sanitätspersonal beim Verlassen des Standortes.¹¹⁸

Jede Sanitäts-Abteilung hatte in den Standorten der Truppe, von wenigen Ausnahmen (Kleinststandorten) abgesehen, örtliche Untergliederungen. In diesen "Sanitäts-Staffeln", die die Bezeichnung ihres Standortes (z.B.: Sanitäts-Staffel Stuttgart) trugen, waren die im Standort diensttuenden Sanitätsoffiziere, -unteroffiziere und -mannschaften organisatorisch zusammengefaßt.

"Führer der Sanitäts-Staffel" war in der Regel der dienstälteste Sanitätsoffizier des Standortes. Er führte die Bezeichnung "Standortarzt"¹¹⁹ und war in sinnvoller Personalunion neben der Fachberatung des Standortältesten (Kommandanten) auf dem Gebiet des Sanitäts- und Gesundheitswesens auch für die Sicherstellung der Heilfürsorge im Standortbereich zuständig. Bei Vorhandensein eines Lazaretts war der Standortarzt zugleich Chefarzt.¹²⁰

Der Standortarzt regelte die Zuweisung des Sanitätspersonals seines Dienstbereichs, über das er als Truppenvorgesetzter die Disziplinarbefugnis eines Bataillonskommandeurs hatte¹²¹, zur Dienstleistung bei den Truppenteilen, Militärbehörden und Waffenschulen des Standortes ("Truppenkrankendienst") oder zur Dienstleistung im Lazarett/Sanitätsdepot ("Lazarettendienst"). Die den Truppenteilen zur Durchführung des militärärztlichen Dienstes zugeteilten Sanitätsoffiziere führten die Bezeichnung "Truppenarzt". Sie waren die Fachberater der Truppen und nahmen mit dem abgestellten "Sanitätsunterpersonal" (Sanitätsunteroffiziere, Sanitätsmannschaften) in den "Truppenkrankenstuben" bzw. "erweiterten Truppenkrankenstuben" (vgl. Abschnitt 5.1) der Kasernen die ärztliche Behandlung der erkrankten Soldaten vor bzw. veranlaßten deren Aufnahme in die Lazarette. Verließen Truppenteile den Standort für länger als 24 Stunden, so hatten sie beim Standortarzt rechtzeitig die Kommandierung des notwendigen Sanitätspersonals zu beantragen. Das zu den Truppenteilen vorübergehend kommandierte Sanitätspersonal trat für die Dauer der Kommandierung unter die Disziplinarstrafgewalt der betreffenden Truppenkommandeure, jedoch blieb die Ahndung von Verstößen gegen die ärztlichen oder

sanitätsdienstlichen Vorschriften oder gegen das dienstliche Ansehen weiterhin den Sanitätsoffizieren vorbehalten.¹²²

Wegen der Knappheit an Sanitätsoffizieren war es unvermeidlich, daß fast alle Sanitätsoffiziere in größeren Standorten außer im Truppenkrankendienst noch im Lazarett Dienst tun und die meiste Zeit hierauf verwenden mußten. Durch die zweckmäßige Personalunion des Standortarztes, bei der jegliche Überschneidungen auf Standortebene vermieden wurden, war es jedoch möglich, den personellen Einsatz stets den Aufgaben und Schwierigkeiten anzupassen und beim Sanitätspersonal durch Krankheit, Urlaub oder Kommandierung entstehende Lücken sehr schnell zu schließen, ohne daß komplizierte Zuständigkeitsfragen bei Kommandierungen und dergl. auftraten. Daneben ermöglichte die ärztlich-organisatorische Funktion des Standortarztes eine wirklich einheitliche Steuerung der ärztlichen Aufgaben im Standort und klare Verantwortlichkeiten bei der Dienstaufsicht.¹²³

Das Sanitäts-Fahrpersonal umfaßte die pferdebespannten Teile der Sanitäts-Abteilung. Hierzu gehörten jeweils 5 Truppenoffiziere (1 Stabsoffizier, 1 Rittmeister, 3 Leutnante), 23 Unteroffiziere (3 Wachtmeister, 20 Unteroffiziere) und 120 Mann (davon 110 Fahrer und Wagenbegleiter und 3 Pferdewärter). Es handelte sich dabei um eine Geräteeinheit für eine Sanitätskompanie mit 3 Zügen und 1 Feldlazarett, wobei die Sanitätskompanie über 25 pferdebespannte Wagen, das Feldlazarett über 18 pferdebespannte Wagen verfügte. Das Sanitäts-Fahrpersonal, die Pferde und Fahrzeuge waren, hauptsächlich aus Ausbildungsgründen, auf den Stab und die Eskadronen der (bespannten) Divisions-Fahr-Abteilung verteilt.¹²⁴

Da das Sanitäts-Fahrpersonal nur 18 Reit- und 25 Zugpferde hatte, zu einer vorschriftsmäßigen Bespannung jedoch 105 Zugpferde nötig waren und nach dem Versailler Vertrag jegliche Mobilmachungsvorarbeiten - somit auch das Erfassen und Einziehen von Zugpferden - verboten waren, wird deutlich, wie

unzureichend und unbrauchbar dieser Fuhrpark für einen sanitätsdienstlichen Einsatz war.¹²⁵

- Zum Sanitäts-Kraftfahrpersonal gehörten die motorisierten Teile der Sanitäts-Abteilung. Analog zu den Verhältnissen beim Sanitäts-Fahrpersonal war das Sanitäts-Kraftfahrpersonal ausbildungstechnisch und unterkunftsmäßig der (motorisierten) Kraftfahr-Abteilung der Division angegliedert. Es handelte sich hierbei jeweils um 4 Truppenoffiziere (1 Hauptmann, 3 Leutnante), 6 Unteroffiziere (davon 3 Feldwebel und 3 Unteroffiziere ohne Portepée) sowie 80 Mannschaften, die eine Geräteeinheit für 3 Krankenkraftwagenzüge mit zusammen 36 Krankenkraftwagen, 15 Anhängern, 3 Lastkraftwagen und 3 Kraft-rädern bildeten.¹²⁶

Die Rekruten der Sanitätstruppen (Sanitäts-Fahrpersonal und Sanitäts-Kraftfahrpersonal) wurden halbjährlich bei einem vom Wehrkreiskommando festgelegten Ausbildungsbataillon ausgebildet, da die Sanitäts-Abteilung über keine eigene Rekrutenausbildungseinrichtung verfügte. Dagegen ergänzte sich das Sanitätspersonal ausschließlich aus Freiwilligen, die mindestens das erste Dienstjahr vollendet und das zweite nicht überschritten hatten. Gute Schulkenntnisse und natürliche Begabung waren Vorbedingung. Die Versetzung in die Sanitäts-Abteilung hing vom Besuch eines einjährigen Lehrgangs auf den Sanitätsschulen bei den größeren Lazaretten und dem Ergebnis der Abschlußprüfung ab.¹²⁷

Übersichten über die Standorte der Sanitäts-Abteilungen, der Sanitäts-Staffeln und der in den einzelnen Wehrkreisen stationierten Truppenteile sind als Anhang Nr. 4 bis 10 beigelegt.

In der Reichsmarine

gehörten zum Kommando der Marinestation der Ostsee (Kiel) und zum Kommando der Marinestation der Nordsee (Wilhelmshaven) ein "Stationsarzt" mit dem Dienstgrad Marinegeneralarzt. Er hatte als Referent des Stationskommandos alle persönlichen Angelegen-

heiten der Marine-Sanitätsoffiziere des Stationsbereichs und die Angelegenheiten des Gesundheits- und Krankendienstes zu bearbeiten. Ihm waren die Marine-Sanitätsoffiziere des Stationsbereiches "in ärztlich-wissenschaftlicher Beziehung unterstellt". Er unterstand diesbezüglich dem Generalstabsarzt der Marine unmittelbar und verfügte in diesen Fragen an die unterstellten Marine-Sanitäts-offiziere selbständig.

Der Stationsarzt war seit 1925, als die Organisation des Marinesanitätswesens geändert und die Sanitätsämter Kiel und Wilhelmshaven wieder eingeführt wurden (vgl. Abschnitt 5.1), in Personalunion "Chef des Sanitätsamtes", der Verwaltungsbehörde für alle Sanitätseinrichtungen des Stationsbereiches. In dieser Eigenschaft war er der Marineleitung unmittelbar unterstellt. In militärischer Hinsicht unterstand er dem Stationskommando. Der Chef des Sanitätsamtes hatte die Heilfürsorge sicherzustellen und den Sanitätsdienst in seinem Zuständigkeitsbereich zu regeln und zu beaufsichtigen. Insofern war seine Stellung der eines Wehrkreisarztes vergleichbar. Auch die Personalausstattung des Sanitätsamtes war dem Stab eines Wehrkreisarztes ähnlich.¹²⁸ Sie umfaßte neben einem Adjutanten (Marinestabsarzt) einen Regierungsapotheker, der als pharmazeutischer Referent zugleich die "Chemische Abteilung der Hygienischen Untersuchungsstelle beim Sanitätsamt" leitete, die ab 1930 als "Chemische Abteilung des Sanitätsamtes" bezeichnet wurde.¹²⁹ Ein in der Hygiene besonders ausgebildeter Marinesanitätsoffizier war Referent beim Sanitätsamt und zugleich Leiter der "Bakteriologischen Abteilung der Hygienischen Untersuchungsstelle beim Sanitätsamt", die 1930 in "Hygienische Abteilung des Sanitätsamtes" umbenannt wurde.¹³⁰ Außerdem gehörte zum Sanitätsamt ein "Soldatenfamilienarzt" mit dem Dienstgrad Marinestabsarzt bis Marinegeneraloberarzt, der ausschließlich für die ärztliche Betreuung der Familienangehörigen der Soldaten in den großen Standorten Kiel bzw. Wilhelmshaven zuständig war. Dem Sanitätsamt unterstanden sanitätsdienstlich, truppendienstlich und verwaltungsmäßig die Marinelazarette des Stationsbereichs mit den angeliederten "Sanitätsdepotabteilungen" und den 1923

in den Marinelazaretten Wilhelmshaven, Kiel-Wik und Flensburg-Mürwik gebildeten "Sanitätsgruppen", in denen die zu den Lazaretten kommandierten und nicht zu einem Marineteil am Ort gehörenden Sanitätsmannschaften, Sanitätsunteroffiziere und Unterärzte unter dem Kommando des Chefarztes zusammengefaßt waren.¹³¹

Den Sanitätsdienst bei den Verbänden der Seestreitkräfte leiteten "Verbandsärzte". Für den Sanitätsdienst bei den Inspektionen waren "Inspektionsärzte" zuständig. Sie waren zugleich die Fachberater der Kommandeure/Chefs und - je nach Dienstalster - auch als "Standortärzte" tätig. In weiterer Personalunion leiteten sie als "Chefärzte" das örtliche Marinelazarett, soweit ein solches vorhanden war.

Die ärztliche Behandlung der Soldaten und Familienangehörigen erfolgte durch die jeweiligen Marinesanitätsoffiziere der Marineteile/Dienststellen unter Regelung durch den Standortarzt (Stationsarzt). In den größeren Standorten war es, wie im Reichsheer, üblich, daß die Sanitätsoffiziere neben ihrer Tätigkeit im Revier auch im örtlichen Lazarett tätig waren.

Die dargestellten organisatorischen Bestimmungen für das Marinesanitätswesen¹³² mit ihren durch die militärischen und ärztlichen Belange bedingten verschiedenen Geschäftswegen machten es erforderlich, daß sich die militärischen und ärztlichen Vorgesetzten über ihre beabsichtigten Maßnahmen gegenseitig unterrichteten und ins Einvernehmen setzten.¹³³ Sie wurden 1936 hinsichtlich der Aufgaben und Befugnisse des Chefs des Sanitätsamtes wesentlich geändert.¹³⁴

4: Heilfürsorgebestimmungen

Für die Reichswehr wurde der Anspruch auf Heilfürsorge neu geregelt und gegenüber der Kaiserzeit wesentlich erweitert. Gesetzliche Grundlage dafür war der § 19 des Besoldungsgesetzes vom 30. April 1920¹³⁵. Die hierzu am 16. Oktober 1920 vom Reichswehrminister im Einvernehmen mit dem Finanzministerium erlassenen "Bestimmungen über die Heilfürsorge vom 1. April 1920 an"¹³⁶ wurden durch Erlasse vom 21. März 1928¹³⁷ und 16. Januar 1932¹³⁸ hinsichtlich des Umfangs der Heilfürsorge für die Familienangehörigen erweitert. Sie blieben ansonsten in der Weimarer Republik im wesentlichen unverändert, obwohl sich durch das Besoldungsgesetz vom 16. Dezember 1927¹³⁹ die Besoldungsordnung und die Einreihung der Soldaten in die Besoldungsgruppen änderte. Die Bestimmungen¹⁴⁰ sahen folgendes vor:

4.1 Heilfürsorge für Soldaten der Besoldungsgruppen

A. I - A. XIII

Soldaten dieser Besoldungsgruppen, die vom untersten Mannschaftsdienstgrad bis einschließlich Oberst/Generalarzt reichten, erhielten bei Erkrankung kostenfreie ärztliche Behandlung sowie freie Krankenhauspflege und unentgeltlich Heil- und Kurmittel, wie dies in der alten Armee und kaiserlichen Marine nur den Soldaten bis zum Dienstgrad Feldwebel zustand.

Die ärztliche Behandlung erfolgte grundsätzlich in den Sanitätseinrichtungen der Standorte und Schiffe durch die zuständigen Sanitätsoffiziere nach Regelung der Standort- bzw. Stationsärzte. Soweit Sanitätsoffiziere nicht vorhanden, wegen Kommandos oder Urlaub ortsabwesend oder krank waren oder ihre Zahl nicht ausreichte, konnten nach Prüfung der Bedürfnisfrage durch den Wehrkreisarzt bzw. durch das Sanitätsamt der Marinestationen Zivilärzte vertraglich verpflichtet werden, auf die alle Dienstobliegenheiten eines Sanitätsoffiziers übergingen. Diese Vertragsärzte wurden entweder nach einem festgelegten Tagesvergütungssatz

oder nach Einzelleistungen bezahlt. Begab sich ein Soldat in die Heilbehandlung anderer Personen als Militär- oder Vertragsärzte, so erfolgte keine Kostenerstattung. Darüber hinaus konnte sie dem Soldaten verboten werden, "wenn durch sie die ordnungsgemäße Wahrnehmung des Dienstes, die Möglichkeit der Feststellung etwa vorhandener Dienstbeschädigung, die Erhaltung der Dienstfähigkeit, bei ansteckenden Krankheiten der Gesundheitszustand der Truppe oder sonstige wichtige militärische Interessen gefährdet werden".¹⁴¹ Nur "bei plötzlicher schwerer Erkrankung sowie bei schweren Unglücksfällen, bei denen ein Sanitätsoffizier oder Vertragsarzt nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar" waren, konnte der nächste Zivilarzt vorübergehend in Anspruch genommen werden.¹⁴²

Stand ein Sanitätsoffizier mit fachärztlicher Ausbildung am Standort nicht zur Verfügung, so konnten die Truppenärzte in besonders dringenden Fällen Fachärzte auswärtiger Standorte mit Genehmigung der Divisionsärzte anfordern. Außerdem waren die Wehrkreisärzte befugt, als Fachärzte ausgebildete Sanitätsoffiziere in bestimmten Zeitabständen zur Abhaltung fachärztlicher Sprechstunden in nahegelegene Standorte zu entsenden, wenn dies für die Reichskasse billiger war, als die Wahrnehmung dieses Dienstes durch Zivilärzte.

Wurde vom Truppenarzt/zuständigen Sanitätsoffizier ein Zivilfacharzt herangezogen, so bedurfte er bei bis zu fünf Beratungen oder Behandlungen je Krankheitsfall der Genehmigung des Standortarztes; bei längerer Behandlung oder von Anfang an feststehender länger dauernder Inanspruchnahme war die Genehmigung des Wehrkreisarztes bzw. des Sanitätsamtes erforderlich.

Zahnbehandlung wurde kostenfrei gewährt, wenn sie nach heeres- oder marineärztlichem Urteil zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit notwendig war. Sie erfolgte, soweit sie der zuständige Truppenarzt nicht selbst vornehmen konnte, durch zahnärztlich ausgebildete Sanitätsoffiziere oder unter Vertrag genomme-
mene Zivilzahnärzte. Zahnersatz bedurfte in jedem Fall der vorherigen Genehmigung durch den Wehrkreisarzt bzw. das Sanitätsamt.

Arznei-, Verband- und Kurmittel, die zur ärztlichen Behandlung unentbehrlich waren, wurden im Rahmen der Heilfürsorge den anspruchsberechtigten Soldaten kostenfrei gewährt. Die Arznei- und Verbandmittel für die Soldaten wurden dabei, anders als bei den anspruchsberechtigten Familienangehörigen, grundsätzlich den Reichswehrbeständen entnommen; nur wenn sie nicht vorrätig waren, konnten sie auf Grund ärztlicher Verordnung aus den zivilen Apotheken bezogen werden.

Hilfsmittel wurden ebenfalls kostenlos verabfolgt. Orthopädisches Schuhwerk, Stützapparate und Kunstglieder bedurften der vorherigen Genehmigung des Wehrkreisarztes/Sanitätsamtes. Bei Brillen Bruchbändern, Bandagen und Einlagen war dies nicht erforderlich.

Wurde eine Krankenhausbehandlung notwendig, so waren Soldaten vom Oberst/Generalarzt abwärts in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen der Friedens-Sanitäts-Ordnung¹⁴³ bzw. Marinesanitätsordnung¹⁴⁴ unbedingt in ein Reichswehrlazarett, in eine Lazarettabteilung (vgl. Abschnitt 5.2) oder in eine besonders bestimmte Heilanstalt, die als Lazarett galt, aufzunehmen. Befand sich am Standort kein Lazarett, so wurden die transportfähigen Kranken dem zuständigen auswärtigen Lazarett überwiesen. Bei nicht transportfähigen Kranken erfolgte Einweisung in das örtliche bzw. nächstgelegene zivile Krankenhaus. Beförderungsfähige Kranke durften mit Genehmigung des Wehrkreisarztes bzw. des Sanitätsamtes auch in ein anderes als das nächstgelegene Lazarett oder in ein Zivilkrankenhaus gebracht werden, wenn

- geeigneter Raum zur Unterbringung fehlte,
- die für das notwendige Heilverfahren erforderlichen Einrichtungen nicht vorhanden waren,
- eine fachärztliche Behandlung oder eine schwierige, im nächstgelegenen Lazarett nicht durchführbare Operation notwendig war,
- die Feststellung zweifelhafter Krankheitszustände oder erhobener Versorgungsansprüche mit den vorhandenen Mitteln nicht möglich war oder

- die Entwicklung des Entlassungsverfahrens bei dienstunfähig erachteten Soldaten auswärtiger Truppen-/Marineteile bzw. Schiffe dies zweckmäßig erscheinen ließ.¹⁴⁵

In zivilen Krankenhäusern wurden die Soldaten grundsätzlich in der niedrigsten Klasse untergebracht. Konnten Offiziere und Unteroffiziere in der niedrigsten Klasse nicht gesondert untergebracht werden, durften sie "aus disziplinaren Gründen" in die nächst höhere Klasse aufgenommen werden. Sowohl bei der Unterbringung in zivilen Krankenhäusern als auch bei Unterbringung in Lazaretten war für die Verpflegung der Besoldungsabzug für die Heeres- bzw. Marineverpflegung einzuziehen.

Den Angehörigen schwererkrankter Soldaten ("Eltern, Ehefrauen, Kinder, Geschwister oder sonst Nahestehende"¹⁴⁶) konnten, wenn sie wegen des ernsten Zustandes auf Veranlassung des zuständigen Sanitätsoffiziers gerufen wurden, durch das für den Truppenteil des Erkrankten zuständige Wehrkreisverwaltungsamt oder die für den Marineteil (Schiff) des Erkrankten zuständige Marineintendantur Reisebeihilfen bewilligt oder in besonderen Fällen die gesamten Reisekosten von der Reichskasse erstattet werden.¹⁴⁷ Diese Bestimmung hatte große Bedeutung, weil insbesondere verheiratete Offiziere gerade in den Aufbaujahren der Reichswehr wegen der allgemeinen Wohnungsnot oft jahrelang auf eine Wohnung warten mußten, in dieser Zeit von ihrer Familie getrennt waren und oft erst eine Wohnung zugeteilt erhielten, wenn sie schon wieder durch eine neue Versetzung abberufen wurden.¹⁴⁸

Soldaten, die sich am Tage der Entlassung aus dem Heeres- oder Marinedienst zur stationären Behandlung in einem Lazarett oder in einer Lazarettabteilung befanden, durften mit ihrem Einverständnis solange als "Passant" im Lazarett bzw. in der Lazarettabteilung bleiben, wie dies bis zum Abschluß der Behandlung aus ärztlicher Sicht notwendig war.

Kostenfreie Kuren wurden gewährt, wenn dies nach militärärztlicher Beurteilung geboten war und die Genehmigung des Wehrkreisarztes bzw. des Sanitätsamtes vorlag.

4.2 Heilfürsorge für Soldaten außerhalb der Besoldungs- gruppen A. I - A. XIII und für Beamte

Bei den Soldaten dieser Besoldungsgruppen (Offiziere der Rangklasse der Generale/Admirale) und bei den Beamten der Heeres- und Marineverwaltung bestand ein Anspruch auf freie Heilfürsorge in dem vorstehend unter Abschnitt 4.1 beschriebenen Umfang nur dann, wenn sie infolge von Kampfhandlungen oder inneren Unruhen eine Dienstbeschädigung erlitten hatten oder wenn sie sich an Bord eines Schiffes der Reichsmarine befanden. Zusätzlich erhielten sie, sofern sie bei dienstlicher Begleitung eines Truppen- oder Marineteils außerhalb des Standortes oder auf Truppenübungsplätzen oder bei einer durch Kampfhandlungen oder innere Unruhen bedingten Abwesenheit aus dem Standort erkrankten, solange freie Heilfürsorge, bis ihr Transport in den Standort möglich war.

Dieser Personenkreis konnte jedoch, falls Platz vorhanden war, mit Genehmigung des Chefarztes als Selbstzahler gegen Kostenerstattung in Reichwehrlazarette stationär aufgenommen oder dort ambulant behandelt werden.

Selbstzahlern wurde Krankenkleidung nicht gewährt. Für die Reinigung ihrer Leibwäsche hatten sie selber zu sorgen. Die im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Finanzen festgesetzten Lazarettkosten für stationäre Behandlung betrugen 1931 einheitlich für alle Lazarette 3,20 RM je Tag. Außerdem waren zu vergüten:

- Arznei- und Verbandmittel mit 0,25 RM täglich,
- Röntgenaufnahmen und bakteriologische Untersuchungen,
- ggf. vorübergehend besonders zugezogene Zivilärzte und Hilfskräfte für Krankenpflege,
- besondere Kurmittel (Solbäder, Moorbäder usw.),
- Stärkungsmittel und Getränke, soweit deren Kosten nicht als Lazarettbeköstigungsmittel übernommen wurden.¹⁴⁹

Die von den Selbstzahlern einzuziehenden Vergütungen flossen nicht dem Finanzminister als allgemeine Verwaltungseinnahme des Reichs zu, sondern waren als Rückeinnahme beim Haushaltskapitel Sanitätswesen des Reichswehrministeriums nachzuweisen.¹⁵⁰

4.3 Heilfürsorge für Familienangehörige

Während in der Kaiserzeit nur die Frauen und Kinder der aktiven Mannschaften bei Erkrankung unentgeltliche militärärztliche Behandlung erhielten (§ 31 Friedens-Sanitäts-Ordnung), hatten in der Reichswehr die Familien der Soldaten bis zur Besoldungsgruppe A. XIII (Oberst/Generalarzt) einschließlich Anspruch auf freie ärztliche Behandlung durch den Truppenarzt oder einen besonders bestimmten Soldatenfamilienarzt. Zur Familie zählten die Ehefrau und die Kinder, für die das Familienoberhaupt Kinderzuschlage erhielt. Um die Anspruchsberechtigung nachweisen zu können, wurden von den Dienststellen besondere Ausweise (Soldatenfamilienarztkarten) ausgegeben.¹⁵¹

Seit 1928 bestand für diesen Personenkreis auch ein Rechtsanspruch auf die kostenfreie Lieferung von Arznei- und Verbandmitteln in dem Umfang, wie er von den gesetzlichen Krankenkassen gewährt wurde. Dabei waren die Arzneimitteln, außer bei Lazarettaufnahme, stets aus öffentlichen Apotheken zu beziehen und die Rezepte vor der Kostenerstattung vom Wehrkreisarzt/Sanitätsamt nachzuprüfen und festzustellen, während die Abgabe der Verbandmittel grundsätzlich aus Reichswehrbeständen erfolgte.

Alle darüber hinaus gehenden Leistungen (z.B. Krankenpflege, Röntgenuntersuchungen, Diathermie-Behandlungen und Inhalationen) wurden den heilfürsorgeberechtigten Familienangehörigen kostenlos nach Maßgabe der vorhandenen reichswehreigenen Behandlungsmöglichkeiten und der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gewährt, ohne daß darauf ein Rechtsanspruch bestand. Allerdings wurden Kosten für Hebammen und Pflegepersonal, Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz, Kosten für Badekuren, Kosten für notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Standortes, Kosten für Körperersatzstücke, orthopädische Apparate, Bandagen und Brillen sowie Transportkosten (mit Ausnahme solcher, die mit reichswehreigenen Fahrzeugen innerhalb des Standortes ausgeführt werden konnten) nicht übernommen. Außerdem blieben Familienangehörige, die auf Grund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer Krankenkasse waren, ausschließlich auf diese angewiesen.

Mit der Behandlung der Familienangehörigen wurden nach Möglichkeit ältere, erfahrene Ärzte beauftragt. Sie richteten im allgemeinen spezielle Sprechstunden für Soldatenfamilien einzelner Truppendeile oder des ganzen Standortes in den Truppenkrankenstuben/Revieren, anderen geeigneten Räumen oder in den Lazaretten ein und führten die erforderlichen Krankenbesuche, aber auch Schwangerenberatungen, Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge durch.¹⁵² Zur Unterstützung der Ärzte in der Sprechstunde durften Krankenschwestern eingestellt werden.

Wenn bei Familienangehörigen eine fachärztliche Behandlung erforderlich wurde, hatte der zuständige Arzt den Patienten grundsätzlich zu einem Militärfacharzt des Standortes zu überweisen. Das waren in den Standorten mit Lazarett im allgemeinen die Ordinierenden/Leitenden Ärzte der Krankenabteilungen. Nur wenn ein Militärfacharzt nicht zur Verfügung stand, was z.B. bei Frauenkrankheiten häufig der Fall war, konnte mit Genehmigung des Wehrkreisarztes bzw. des Sanitätsamtes ein ziviler Facharzt des Standortes zur einmaligen Beratung oder Behandlung auf Heilfürsorgekosten zugezogen werden. Auch bei Unglücksfällen und bei schwierigen Geburten konnte ausnahmsweise die Hinzuziehung eines zivilen Arztes/Facharztes erfolgen. Die Weiterbehandlung blieb jedoch grundsätzlich in der Hand des Truppen- bzw. Soldatenfamilienarztes.

Nach den Heilfürsorgebestimmungen durften Familienangehörige auf Reichskosten in Reichswehrlazarette oder in zivile Krankenhäuser bzw. in Lungenheilstätten nur eingewiesen werden, wenn es das dienstliche Interesse erforderte (z.B. bei Infektionsgefahr für die Truppe). Die Aufnahme in ein Lazarett war zuvor im Heer vom Standortarzt, bei der Marine vom Sanitätsamt, die Aufnahme in ein ziviles Krankenhaus bzw. in eine Lungenheilstatte vom Wehrkreisarzt/Sanitätsamt zu genehmigen.¹⁵³ Dabei wurde offensichtlich großzügig verfahren. So gab es in einzelnen Lazaretten regelrechte geburtshilflich-gynäkologische Stationen und Kinderstationen, die sich großen Zuspruchs erfreuten.¹⁵⁴

Mit der Neufassung der Heilfürsorgebestimmungen für Familienangehörige im Jahr 1932 wurde es den Familienangehörigen der Soldaten aller Besoldungsgruppen und den Familienangehörigen aller Beamten der Reichswehr gestattet, sich in Reichswehrlazaretten stationär behandeln zu lassen, wenn Platz vorhanden war und der Chefarzt zustimmte. Sie mußten dann die festgesetzten Lazarettkosten bezahlen. Wenn die Aufnahme in ein Lazarett nicht möglich war (weil z.B. geeignete oder ausreichende Einrichtungen für Familienangehörige fehlten oder der Standort über kein Lazarett verfügte), konnte bei stationärer Behandlung in einem Zivilkrankenhaus der Unterschiedsbetrag zwischen der niedrigsten Verpflegungsklasse dieses Krankenhauses und den bekanntgegebenen Lazarettkosten aus den Mitteln der Heilfürsorge erstattet werden, wenn der Wehrkreisarzt/das Sanitätsamt die Zahlung zuvor genehmigt hatten.¹⁵⁵

Der gegenüber der alten Armee und der kaiserlichen Marine stark erweiterte Anspruch auf Familienbehandlung erhöhte die Zahl der diese Leistungen in Anspruch nehmenden Soldatenfamilien etwa um das zehn- bis zwölfwache.¹⁵⁶ Das bedeutete eine wesentliche Mehrbelastung für die Sanitätsoffiziere der Reichswehr, deren Personalstärke, bezogen auf die zu betreuenden Soldaten, im Vergleich mit den anderen europäischen Armeen der damaligen Zeit ohnehin gering war.¹⁵⁷ Die Behandlung der Familienangehörigen wurde jedoch gerne übernommen und brachte eine wünschenswerte Vielseitigkeit sowie Abwechslung in die militärärztliche Tätigkeit und trug wesentlich zu der Leistungsfähigkeit und dem Ansehen bei, das den Sanitätsoffizieren der Reichswehr entgegengebracht wurde.¹⁵⁸

5. Lazarettorganisation der Reichswehr

5.1 Anfangsschwierigkeiten

Mit der Bildung der Reichswehr mußte möglichst rasch eine in sich geschlossene Organisation entstehen, welche die Gesundheit der Truppe gewährleistete. Dabei ergaben sich bei der Neuorganisation des Lazarettwesens große Schwierigkeiten, obwohl im wesentlichen die alten, überkommenen und bewährten Grundsätze wieder aufgenommen werden konnten. Hierfür waren mehrere Gründe ursächlich:

Die Unterbringung der Reichswehr in den Standorten war ein Problem, da mit den abgetrennten Reichsgebieten die größten Garnisonstädte im Westen und Osten mit ihren Unterkunftseinrichtungen weggefallen waren und die rheinischen in der entmilitarisierten Zone nicht mehr benutzt werden durften. Außerdem erhoben die im Sommer 1919 neu aufgestellten Sicherheits-/Schutzpolizeien (150 000 Mann), die kaserniert und militärisch ausgebildet waren, nicht gerade bescheidene Unterkunftsansprüche.¹⁵⁹ Hinzu kam, daß die vorhandenen Kasernen in echter militärischer Sparsamkeit und Genauigkeit nur selten Raum für einen Mann oder ein Pferd mehr boten, als es der Etat vorschrieb.¹⁶⁰ In Verbindung mit den fließenden Umbildungen und unterschiedlichen Stärken der Truppenteile dauerte es daher Jahre, bis die endgültige Stationierung der Reichswehr feststand und damit verbindliche Aussagen über die in den Standorten notwendige Lazarettkapazität getroffen werden konnten.

Nach Abschluß der Demobilmachung (30. September 1919) wurde als 1. Schritt für eine grundlegende Änderung der Versorgung der Kriegsoffer in rechtlicher, wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht die Zuständigkeit auf dem Gebiet der militärischen Versorgung mit Wirkung vom 1. Oktober 1919 von den bisher dafür zuständigen Kriegsministerien (bzw. den Reichswehr-Befehlsstellen als deren Nachfolgeeinrichtungen) einheitlich für das ganze Reich

auf das neu gebildete Reichsarbeitsministerium übergeleitet.¹⁶¹ Infolgedessen traten mit diesem Datum nicht nur die bisher mit der Bearbeitung des Militär-Versorgungswesens betrauten militärischen Dienststellen (das waren die bei jedem Armeekorps bzw. bei den Marinestationen eingerichteten "Versorgungsämter", welche zum 1. Oktober 1919 in "Hauptversorgungsämter" umbenannt wurden und die "Bezirkskommandos", die zum gleichen Zeitpunkt in "Versorgungsstellen" umgliederten) in den Geschäftsbereich des Reichsarbeitsministers über. Auch die bis dahin im Sanitätsdepartement des Kriegsministeriums angesiedelte Leitung der ärztlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge, ferner die Sanitätsämter der Armeekorps, alle Heereslazarette und Kuranstalten (die seit Kriegsende hauptsächlich die Behandlung der Kriegsbeschädigten durchführten), die Staatsfabrik für künstliche Glieder, die orthopädischen Werkstätten, die Kaiser Wilhelms-Akademie, das Hauptkrankenbuchlager sowie die für die Lazarette zuständigen Abteilungen V der Korps-Intendanturen wechselten mit dem 1. Oktober 1919 in den Geschäftsbereich des Reichsarbeitsministeriums und wurden entmilitarisiert.¹⁶²

Die Gründe für diese Neuordnung lagen einerseits im Vertrag von Versailles, der auch zur Entmilitarisierung militärischer Einrichtungen des Versorgungs- und Sanitätswesens zwang. Sie entsprachen aber auch dem Wunsche der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen, die die Kriegsopferversorgung ihrem Wesen nach nicht als eine militärische, sondern als eine soziale Aufgabe ansahen, die zivilen Behörden überlassen bleiben sollte.¹⁶³ Hinzu kam, daß die bisherige, für Offiziere und Mannschaften grundsätzlich verschieden geregelte und je nach dem Dienstgrad bzw. der Rangklasse unterschiedlich bemessene Versorgung der Kriegsoffer vor allem von den Millionen Reservisten, die im 1. Weltkrieg gesundheitliche Schäden davongetragen hatten, als nicht ausreichend und nicht mehr zeitgemäß angesehen wurde. Es erfolgte daher die Erarbeitung neuer Grundsätze für die Durchführung der Versorgung, die im Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920¹⁶⁴ für die Weltkriegsoffer und im Wehrmachtsversorgungsgesetz vom

4. August 1921¹⁶⁵ für die Angehörigen der Reichswehr und ihrer Hinterbliebenen, völlig neue, teilweise noch heute gültige Rechtsge-
danken in das Versorgungswesen brachten.¹⁶⁶

Durch die Abgabe der Lazarette an das Reichswehrministerium wurde dieses für die Pflege der Lazarettkranken Reichwehrsoldaten zuständig. Bei der Aufnahme Reichswehrangehöriger in die Lazarette änderte sich zunächst nichts; alle Dienstvorschriften blieben in Kraft und waren sinngemäß auch unter den neuen Verhältnissen anzuwenden.¹⁶⁶

Besonderheiten ergaben sich bei der Marine gegenüber den Verhältnissen beim Heer, als bei dem ebenfalls zum 1. Oktober 1919 erfolgten Übertritt der Marinelazarette Kiel-Feldstraße, Kiel-Wik, Flensburg-Mürwik, Wilhelmshaven, Cuxhaven und Helgoland sowie der Marine-Sanitätsdepots in Kiel und Wilhelmshaven vom damaligen Generalstabsarzt der Marine Dr. Uthemann erreicht wurde¹⁶⁷, daß in einigen Lazaretten (Kiel-Wik, Flensburg-Mürwik, Wilhelmshaven und, bis zur 1920 erfolgten Schließung, auch Cuxhaven) der ärztliche Dienst weiterhin von aktiven Marine-Sanitätsoffizieren unter einem Marine-Sanitätsoffizier als Chefarzt wahrgenommen und der Krankenpflegedienst von aktiven Marine-Sanitätsmannschaften ausgeübt werden konnte. Diese Lazarette wurden der Marine zur ärztlichen Behandlung ihrer Angehörigen zur Verfügung gestellt, unterstanden jedoch hinsichtlich der Verwaltung wie alle anderen Lazarette dem Reichsarbeitsministerium. Die unmittelbare Dienstaufsicht erfolgte allerdings nicht mehr durch die bisher zuständigen Sanitätsämter in Kiel und Wilhelmshaven, die ebenso wie die bislang in Wirtschaftsangelegenheiten zuständigen Marine-Intendanturen mit dem 1. Oktober 1919 aufgelöst wurden, sondern durch das dem Reichsarbeitsministerium nachgeordnete Sanitätsamt des IX. Generalkommandos; dieses übernahm unter der Bezeichnung "Sanitätsamt Altona" auch alle bislang den Marine-Intendanturen Kiel und Wilhelmshaven obliegenden Aufgaben hinsichtlich der wirtschaftlichen Verwaltung der Marine-Lazarette und -Sanitätsdepots.¹⁶⁸

Aus dem Umstand, daß die Reichswehr in der durch laufende Umgliederungen und Umstationierungen geprägten Periode des Übergangsheeres und der ersten Zeit ihres Bestehens über keine eigenen Lazarette verfügte und bei notwendiger stationärer Behandlung von Soldaten auf die nunmehrigen "Versorgungskrankenhäuser" des Reichsarbeitsministeriums sowie auf andere zivile Krankenhäuser und zivile Kuranstalten angewiesen war, entwickelten sich zunehmende Schwierigkeiten. Die Erschwernisse lagen vor allem auf dem Gebiet der Verwaltung und Gebührensregelung. Es litt aber auch die militärische Disziplin durch die vereinte Unterbringung der Soldaten mit zivilen Patienten bei der damals, speziell bei Geschlechtskranken, langen stationären Behandlungsdauer.¹⁶⁹

Um unter diesen Umständen inzwischen dort, wo es möglich war, eine gesicherte Krankenbehandlung auch über längere Zeit durch den Sanitätsdienst der Reichswehr durchführen zu können, wurden über die bei jedem Bataillon und jeder Abteilung vorhandenen "Truppenkrankenstuben", die bis 1922 die Bezeichnung "Revierstube" führten¹⁷⁰ und neben einem Arztraum lediglich ein Untersuchungs- und ein Krankenzimmer umfaßten, sog. "erweiterte Truppenkrankenstuben" eingerichtet. Erweiterte Truppenkrankenstuben wurden nur geschaffen, wenn am Standort kein Lazarett oder keine entsprechende Krankenunterkunft vorhanden war. Sie rechneten auf das Soll an Truppenkrankenstuben an. Ihre Raumgebühr umfaßte einen Warteraum, einen Untersuchungs- und Behandlungsraum, einen Arbeitsraum für den Truppenarzt und das Sanitätspersonal, mindestens zwei Krankenzimmer, einen Baderaum (falls ein Wannenbad für ärztliche Zwecke in der Kaserne nicht vorhanden war), einen Aufenthaltsraum für Kranke und einen Abort. Sofern die Kasernenwohnung des Sanitätsoffiziers keine Räume zum Warten und für die Behandlung von Frauen und Kindern hatte, trat noch ein besonderer Warteraum für diese hinzu.¹⁷¹

Gleichwohl war, da ohne eigene Lazarette auch das gesamte Betätigungsfeld des Sanitätspersonals eine außerordentliche und

nicht zu vertretende Einschränkung erfuhr, das Bestreben des Sanitätsdienstes seit Gründung der Reichswehr auf die Wiedererlangung von Lazaretten in eigener Verwaltung gerichtet.¹⁷² Diesem Bestreben kam ein Ultimatum der Alliierten aus dem Jahre 1921 entgegen, wonach die durch Verordnung des Reichspräsidenten vom 17. Oktober 1919¹⁷³ begründete Zuständigkeit des Reichsschatzministers für die Heeres- und Marineverwaltung aufgehoben werden mußte. In Vollzug dieses Ultimatums gingen am 15. Juni 1921 die mit der Versorgung des Heeres und der Marine mit Verpflegung, Bekleidung, Unterkunft, Verbrauchsmaterialien, Geräten und Pferden befaßten Zweige der Heeres- und Marineverwaltung samt dem für die Bedürfnisse der Reichswehr erforderlichen Grundstücken, Geräten und Vorräten wieder an diese zurück. "Das gleiche gilt hinsichtlich der für die Heeres- und Marineverwaltung erforderlichen Lazarette; diese gehen, soweit sie für Zwecke des Versorgungswesens und der Sozialversicherung entbehrlich sind, mit dem 15. Juni 1921 in Abänderung der Erlasse des Reichsarbeitsministers und des Reichswehrministers vom 29. September 1919 (Heeres-Verordnungsbl. S. 174) und vom 19. Dezember 1919 (Marine-Verordnungsbl. S. 585) an das Reichswehrministerium zurück".¹⁷⁴

Bei den sich anschließenden Verhandlungen mit dem Reichsarbeitsministerium konnte es nicht darum gehen, alle ehemaligen Militärlazarette wieder zu übernehmen. Die Zahl der Reichswehrlazarette mußte vielmehr gegenüber der Vorkriegszeit wesentlich beschränkt werden, da die geringere Zahl der Truppen in den Standorten nicht überall die Einrichtung von Lazaretten rechtfertigte und zudem die Zahl des bewilligten Sanitätspersonals auch bei den Lazaretten zu Zusammenlegungen zwang.¹⁷⁵ Außerdem galt es bei der Übernahme ausdrücklich die Zwecke des Versorgungswesens und der Sozialversicherung zu berücksichtigen. Es ließ sich daher nicht vermeiden, daß verschiedentlich zunächst nur Teile der Lazarettanlage an die Reichswehr übergeben wurden und bei größeren Lazaretten eine gemeinsame Nutzung durch die Versorgungsbehörden und das Reichsheer, bei allerdings getrennter Verwaltung, erfolgte.¹⁷⁶

5.2 Bezeichnungen, Bettenzahl, Auftrag und Standorte der Reichswehrlazarette

Mit der Übernahme der Lazarette durch die Reichswehr waren zum Teil neue Bezeichnungen anzuwenden: Die Lazarette der Marine führten die seit 1906 übliche Bezeichnung "Marinelazarette" die des Heeres den Sammelnamen "Heereslazarette". Letztere gliederten sich in "Standortlazarette" (an Stelle der in der Kaiserzeit gültigen Bezeichnung "Garnisonlazarette"¹⁷⁷) und "Lagerlazarette" (statt der für Lazarett Einrichtungen auf großen Truppenübungs- und Schießplätzen gültigen Bezeichnung "Barackenlazarette"¹⁷⁸).¹⁷⁹ Zusätzlich gab es im Reichsheer "Kurlazarette" als reichswehreigene Kuranstalten.

Die Bettenzahl für jedes Reichswehrlazarett wurde vom Reichswehrminister festgesetzt. Sie richtete sich, wie seit Bestehen eines geordneten Lazarettwesens üblich, nach der sog. Normalkrankenzahl, einem bestimmten Prozentsatz der etatmäßigen Friedensstärke der im Standort untergebrachten Truppenteile. Dabei wurde die durch die Friedens-Sanitäts-Ordnung von 1891 maßgebliche Höhe der Normalkrankenzahl von 4 % der Kopfstärke in der Reichswehr grundsätzlich beibehalten:

Bei der Bettenzahl der Standortlazarette des Heeres wurden 4 % der Kopfstärke des Standortes und 2 % der Kopfstärke der auf das Lazarett angewiesenen umliegenden Standorte ohne Lazarett oder Lazarettabteilung, bei den Marinelazaretten 4 % der Standortkopfstärke (sollmäßige Mannschaftsstärke abzüglich der Besatzungen der Schiffe) und 2 % der Besatzungsstärke der Inlandsschiffe, für die der Ort des Lazarett Hauptliegehafen war, zugrunde gelegt.¹⁸⁰

Bezüglich der Höhe der Normalkrankenzahl ist zu beachten, daß sie nicht den tatsächlichen Krankenstand in den Lazaretten darstellte; dieser lag in den Heereslazaretten der Reichswehr im Durchschnitt bei 2,43 % pro Jahr.¹⁸¹ Die Festlegung erfolgte vielmehr, weil es als hygienisch vorteilhaft angesehen wurde, nicht alle Krankenräume dauernd belegt zu haben und für die

damals gegenüber heute viel häufigeren Massenerkrankungen und Seuchen genügend Raum verfügbar sein mußte.

Sofern es wegen der geringen Kopfstärke eines Standortes unwirtschaftlich war, ein Lazarett zu unterhalten und zur Krankenbehandlung eine erweiterte Truppenkrankstube nicht ausreichte, konnte auf Anordnung des Reichswehrministers in besonders gelagerten Fällen in zivilen Krankenhäusern eine sog. Lazarettabteilung eingerichtet werden, wie dies z.B. in Stralsund, Küstrin und Regensburg geschah. In diesen Fällen mieteten die Wehrkreisverwaltungsämter oder Marineintendanturen unter Mitwirkung der Wehrkreisärzte bzw. Sanitätsämter bei städtischen Krankenhäusern eine Anzahl in sich abgeschlossener Kranken- und Geschäftszimmer mit den nötigen Nebenräumen, um eine von den Zivilkranken abgesonderte und möglichst nach Dienstgraden getrennte Unterbringung der Soldaten sowie die Aufnahme von heilfürsorgeberechtigten Familienangehörigen und Beamten sicherzustellen. Alle übrigen Einrichtungen des zivilen Krankenhauses wurden, soweit sie für die Krankenbehandlung des genannten Personenkreises erforderlich waren (Operations- und Behandlungsräume, Desinfektionsanstalt, Wäscherei, Küche, etc.), gegen Kostenerstattung mitbenutzt.¹⁸² Im Rahmen der für die Reichswehr geltenden Sanitätsvorschriften erfolgte die Behandlung durch Sanitätsoffiziere und Sanitätspersonal. Die Abteilung führte den Namen "Lazarettabteilung des Krankenhauses zu", der dienstälteste Sanitätsoffizier die Bezeichnung "Leitender Sanitätsoffizier der Lazarettabteilung des Krankenhauses zu".¹⁸³

Verfügte ein Standort weder über ein Lazarett noch über eine Lazarettabteilung, so wurde die stationäre Unterbringung der erkrankten Soldaten im örtlichen Zivilkrankenhaus durch entsprechende Verträge sichergestellt. In diesen Verträgen wurde der Krankenhausarzt zur Führung von Krankenblättern und zur Herausgabe aller für die militärärztliche Berichterstattung erforderlichen Unterlagen verpflichtet. Außerdem mußte dem zuständigen Sanitätsoffizier jederzeit Zutritt zu den Kranken gewährt werden.¹⁸⁴

Der Auftrag der Reichswehr-Lazarette ging über den Auftrag der Zivilkrankenhäuser deutlich hinaus:¹⁸⁵

Sowohl die Lazarette des Heeres, als auch der Marine, waren primär reichseigene Krankenanstalten für diejenigen kranken Soldaten, deren Zustand eine Behandlung in den Truppenkrankenstuben bzw. erweiterten Truppenkrankenstuben ausschloß und die nach ärztlichem Urteil daher stationärer Krankenhausbehandlung bedurften. Da zudem die Reichswehrbeamten sowie die Ehefrauen und Kinder der Soldaten und Reichswehrbeamten stationär aufgenommen werden konnten, wenn geeigneter Raum vorhanden war, deckten sich diese Aufgaben mit denen ziviler Krankenhäuser. Die Lazarette hatten jedoch zusätzlich und in einem gegenüber zivilen Krankenhäusern erheblich größerem Umfang auch ambulante Untersuchungen und Behandlungen vorzunehmen, weil sie im Rahmen der Heilfürsorge die sonst den niedergelassenen Fachärzten vorbehaltenen Aufgaben wahrzunehmen hatten. Die in den Lazaretten untergebrachten besonderen Einrichtungen des Sanitätsdienstes (wie z.B. Laboratorien für hygienisch-bakteriologische, pathologisch-anatomische, klinisch-chemische, nahrungsmittelchemische und toxikologische Untersuchungen) waren nicht nur für den Bedarf des jeweiligen Lazarettes, sondern auch der umliegenden Standorte und teilweise des gesamten Wehrkreises ausgelegt. Ebenso oblag den Lazaretten mit ihren Apotheken bzw. Arznei- und Verbandmitelanstalten sowie den angeschlossenen Sanitätsdepots/Depot-Abteilungen, neben der Versorgung der stationären und ambulanten Patienten, auch die Belieferung der Truppenkrankenstuben/erweiterten Truppenkrankenstuben und Truppenteile des Standortes und zugewiesenen Versorgungsbereiches mit Arzneimitteln, Verbandmitteln und Sanitätsgerät, einschließlich der Vertrautmachung des Personals mit der Handhabung und Verwaltung dieser Versorgungsgüter. Schließlich dienten die Reichswehrlazarette vornehmlich der fachlichen Aus- und Weiterbildung der Sanitätsoffiziere, -Unteroffiziere und Mannschaften. Diesem Teil des Auftrages wurde besondere Bedeutung beigemessen, weil sich die Reichswehr als Führerheer verstand und angesichts der zwölfjährigen Dienstzeit für Unteroffiziere und Mannschaften durch dauernde Steigerung

in der Ausbildung und damit der Verwendbarkeit nicht nur geistige Untätigkeit sowie Erstarrung in der täglichen Routine des Dienstes zu vermeiden sondern auch durch das Können des Einzelnen die Schwäche der Zahl und der Ausrüstung soweit wie möglich auszugleichen versuchte.¹⁸⁶

Der dargestellte Auftrag konnte allerdings in den ersten Jahren der Reichswehr von den Lazaretten trotz großer Hingabe des Sanitätspersonals nur eingeschränkt erfüllt werden, weil die notwendigen Krankenanstalten und sonstigen Sanitätseinrichtungen erst allmählich von der Zivilverwaltung zurückgewonnen werden konnten. Außerdem zwang der nach dem Kriege herrschende allgemeine Brennstoffmangel verschiedentlich zur vorübergehenden Schließung von Häusern¹⁸⁷, der ebenso wie die durchzuführenden provisorischen Reparaturen von Kriegsschäden (vgl. Abschnitt 5.3.4) Betriebseinschränkungen zur Folge hatten.

In der Zeit vom 15. Juni 1921 bis Ende September 1921 wurden von der Reichswehr die

- Standortlazarette in Lötzen, Kolberg, Lübeck, Stargard, Neustettin, Schwerin, Greifswald, Jüterbog, Züllichau, Wünsdorf, Schweidnitz, Halberstadt, Dresden, Königstein, Meiningen, Ludwigsburg, Goslar, Bückeburg, Paderborn, Landsberg a.L. und München;
- Marinelazarette in Wilhelmshaven, Flensburg-Mürwik, Kiel-Wik und Pillau;
- Lagerlazarette in Arys, Hammerstein, Neuhammer, Döberitz, Altengrabow, Königsbrück, Ohrdruf, Münsingen, Munsterlager und Grafenwöhr

übernommen.¹⁸⁸ In der Folgezeit kamen neue Lazarette hinzu, die z.T. schon nach kurzer Zeit wieder aufgegeben wurden (wie z.B. das Standortlazarett Greifswald mit nur 18 Betten). Außerdem wurden verschiedentlich Lazarettabteilungen eingerichtet.

Die Standorte und Bettenzahlen der Heereslazarette zeigt die folgende, nach Wehrkreisen gegliederte, Tabelle.

Tabelle 5 Bettenzahlen der Heereslazarette 1922-1933
(nach den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924-1933)

Wehrkreis	Standort	Bettenzahl im Jahr											
		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
I	StOlaz Königsberg	87	162	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
	StOlaz Insterburg	70	70	100	100	100	100	100	100	100	100	80	80
	StOlaz Lotzen	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
	StOlaz Allenstein	80	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	LazAbt Osterode	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	LagLaz Arys	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
I'	StOlaz Lubeck	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
	StOlaz Schwerin	70	100	100	100	100	100	100	100	100	100	60	60
	StOlaz Stettin	60	123	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	StOlaz Stargard	80	123	80	80	80	80	80	80	80	80	60	60
	StOlaz Neustettin	50	50	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
	StOlaz Kolberg	66	85	85	85	85	131	131	131	131	131	131	131
	StOlaz Greifswald	18	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	LagLaz Hammerstein	50	50	50	50	50	--	--	--	--	--	--	--
II	StOlaz Berlin	180	180	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	StOlaz Potsdam	--	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
	StOlaz Wunsdorf	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	StOlaz Jüterbog	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	StOlaz Frankfurt/Oder	60	60	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
	StOlaz Breslau	--	136	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	StOlaz Schweidnitz	60	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
	StOlaz Liegnitz	78	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	StOlaz Züllichau	28	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	LazAbt Küstrin	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	LagLaz Doberitz	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	LagLaz Neuhammer	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
IV	StOlaz Halberstadt	110	110	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
	StOlaz Leipzig	90	130	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
	StOlaz Dresden	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
	LagLaz Altengrabow	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	LagLaz Königsbrück	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Kurlaz Königstein	--	--	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Kurlaz Bad Elster	--	--	--	17	17	20	20	20	20	20	20	18
V	StOlaz Kassel	--	117	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	StOlaz Meiningen	73	73	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
	StOlaz Ludwigsburg	140	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
	StOlaz Stuttgart	--	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
	StOlaz Ulm	76	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
	StOlaz Gießen	46	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	LagLaz Ohrdruf	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
	LagLaz Munsingen	100	100	100	100	100	76	76	76	76	76	76	76

Wkr.	Standort	Bettenzahl im Jahr											
		1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
VI	StOLaz Bremen	60		46	60	60	60	50	50	50		50	50
	StOLaz Hannover	--		130	110	110	110	110	110	110		110	110
	StOLaz Braunschweig	85		91	90	90	90	90	90	90		90	90
	StOLaz Goslar	28		24	30	30	30	30	30	30		30	30
	StOLaz Buckeburg	31		29	35	35	35	35	35	35		35	35
	StOLaz Paderborn	78		78	75	75	75	75	75	75		75	75
	StOLaz Münster			74	90	90	90	90	90	90		90	90
	LagLaz Münsterlager	--		50	50	50	50	50	50	50		50	50
VII	StOLaz Würzburg	--		54	55	55	55	55	55	55		55	55
	StOLaz Nürnberg	--		95	95	95	95	95	95	95		95	95
	StOLaz München	120		200	200	200	200	200	200	200		200	200
	StOLaz Landsberg	39		39	39	--	--	--	--	--		--	--
	StOLaz Kempten	--		--	40	40	--	--	--	--		--	--
	LazAbt Regensburg	--		--	--	30	30	30	--	--		--	--
	LagLaz Grafenwöhr	36		36	36	36	36	36	36	36		36	36
	Kurlaz Bad Reichenhall	50		50	20	20	20	20	20	20		20	40
HeeresLaz ges		2895		3853	3892	3891	3891	3822	3792	3792		3727	3744

Die Angaben beruhen auf den von der Heeres-Sanitätsinspektion veröffentlichten Sanitätsberichten¹⁸⁹ der Jahre 1921-1933, die jedoch für die Entwicklung der Krankenunterkunft im Jahre 1923 keine Angaben enthalten. Ebenso fehlen Angaben für das Jahr 1931, da dafür ein Sanitätsbericht nicht nachgewiesen werden konnte. Die Tabelle zeigt für das Jahr 1925 auffällige Änderungen bei den Bettenzahlen vieler Lazarette aller Wehrkreise. Sie sind darauf zurückzuführen, daß nach Abschluß der Übernahme der für das Reichsheer erforderlichen Lazarette verschiedene Änderungen in der Anweisung der einzelnen Standorte auf die nunmehr vorhandenen Lazarette notwendig wurden.¹⁹⁰ Es erfolgte daher die Aufstellung eines neuen Gesamtlazarettplans, der im wesentlichen bis 1933 unverändert blieb.

Charakteristisch ist, daß die meisten Heereslazarette weniger als 100 Betten hatten, nur einige Lazarette mehr als 100 Betten besaßen und insgesamt nur drei Standortlazarette (Berlin, Dresden, München) über mehr als 200 Betten verfügten.

Bei den Marinelazaretten ergab sich folgende Entwicklung:

Infolge der Schrumpfung der Marine auf 15 000 Mann konnte 1921 zunächst nur die Rückkehr der traditionellen Marinelazarette Wilhelmshaven, Flensburg-Mürwik und Kiel-Wik aus dem Verwaltungsbereich des Reichsarbeitsministers durchgesetzt werden.

Nachdem die Festung Pillau 1921 im Rahmen der neuen Zuständigkeit der Marine für die gesamte Küstenverteidigung vom Heer übernommen und Pillau damit Marinestandort geworden war, machte sich das Fehlen eines Marinelazarets sehr störend bemerkbar. Es wurde daher noch im gleichen Jahr das ehemalige Garnisonlazarett als Marinelazarett wieder eröffnet. Die Bettenzahl betrug zunächst 51 Betten, sie wurde jedoch 1925 auf 40 Planbetten herabgesetzt.¹⁹¹

Mit der Verlegung der Küstenabwehrabteilung IV von Lehe nach Cuxhaven wurde auch dort die Inbetriebnahme eines Lazarets notwendig. Das ehemalige Marinelazarett Cuxhaven wurde daher 1923 wieder in Nutzung genommen. Gleichzeitig wurde die seit 1921 in Lehe genutzte Lazarettabteilung aufgegeben.¹⁹²

In Swinemünde, wo bislang eine Marinelazarettabteilung in der Versorgungskuranstalt untergebracht war, gelang es schließlich 1925 die ganze Versorgungskuranstalt durch die Marine als Marine-lazarett mit 54 Betten zu übernehmen.¹⁹³

Daneben bestand seit 1921 im alten und zu kleinen städtischen Krankenhaus Stralsund eine Marinelazarettabteilung, weil das ehemalige Garnisonlazarett Stralsund von der Versorgungsverwaltung wegen Eigenbedarfs nicht freigegeben wurde. Die Lazarettabteilung wurde erst 1933 aufgelöst.¹⁹⁴

5.3 Die bauliche Anlage der Reichswehrlazarette

Die von der Reichswehr genutzten Lazarettanlagen sind ausnahmslos vor bzw. im 1. Weltkrieg fertiggestellt worden. Damals bestanden für den Neubau von Militärlazaretten in ganz Deutschland vollkommen einheitliche Grundsätze. Sie waren erstmalig durch Erlaß vom Jahre 1878 bekanntgegeben worden, erfuhren dann Änderungen und Erweiterungen durch die Beilage 11 der Friedens-Sanitäts-Ordnung vom 16. Mai 1891 und waren - nach völliger Umarbeitung - in der Fassung dieser Beilage vom September 1904 bis zum Jahre 1936, als mit der Heeresvermehrung wieder Lazarette gebaut und dabei die Entwicklungen des Krankenhauswesens berücksichtigt wurden, gültig.¹⁹⁵

Für die bauliche Anlage der Reichswehr-Lazarette galten demnach folgende Grundsätze:

5.3.1 Grundstück

Die Grundstücksgröße der Lazarette war abhängig von der geforderten Bettenzahl und betrug 200 m² je Bett. Diese Zahl war groß im Vergleich zu der im zivilen Krankenhausbau noch zugelassenen Fläche. Dort wurden seit 1911 100 m² und seit 1920 - "um den durch die Not der Zeit gebotenen Grundsätzen größtmöglicher Sparsamkeit Rechnung zu tragen" - lediglich 75 m² Grundstücksfläche je Krankenbett als ausreichend angesehen. Dadurch kam es in der Folgezeit beim zivilen Krankenhausbau zu einer Abkehr von der allzugroßen Auflösung in Einzelhäuser und zur Bevorzugung höherer Stockwerksbauten.¹⁹⁶

Der größere Grundstücksbedarf für Lazarette wurde damit begründet, daß genügend Platz für später evtl. notwendige Erweiterungsbauten und die Aufstellung von transportablen Baracken, Zelten usw. im Mobilmachungsfall oder bei Epidemien zur Verfügung stehen, ausreichender Hofraum für einen reibungslosen An- und Abtransport vorhanden und ein ausreichend großer Krankengarten zur Erholung der Rekonvaleszenten existieren müsse.¹⁹⁷

Außerdem machte die größere Grundstücksfläche der Lazarette die im zivilen Bereich notwendige Festsetzung von Mindestforderungen für Gebäudeabstände, Fenstergrößen, Lichteinfallwinkel etc. überflüssig, weil stets genug Platz vorhanden war.

Bei der Auswahl des Grundstückes war, wie im zivilen Krankenhausbau, auf freie, luftige Lage, geeigneten Baugrund, einwandfreie Wasserversorgung und unbedenkliche Abwässerbeseitigung, die Vermeidung störender Nachbarschaft - wie z.B. von Fabriken oder fliegeengeplagten Kavallerie-Kasernen - und möglichst guten Anschluß an die Hauptverkehrswege und öffentlichen Verkehrsmittel stets geachtet worden.

5.3.2 Gestaltung der Lazarettanlage, Gebäudearten

Anstelle der im heutigen Krankenhausbau üblichen Kompaktbauweise waren die Kranken in den Reichswehr-Lazaretten meist in einzelnen, selbständigen und freistehenden Gebäuden untergebracht ("Krankenzerstreungssystem"). Daneben gab es gesonderte Verwaltungsgebäude, Wirtschaftsgebäude und Nebengebäude für verschiedene Zwecke. Welche Gebäude vorhanden waren und wie die Lazarettanlage gestaltet war, richtete sich nach der Bettenzahl der Lazarette:

- In kleinen Lazaretten bis etwa 30 Betten (z.B. den Standortlazaretten Goslar und Bückeburg) waren die Krankenzimmer mit den Verwaltungs- und Wirtschaftsräumen gewöhnlich gemeinsam in einem Gebäude untergebracht. Die Krankenstuben und Stationsnebenräume befanden sich dann im Obergeschoß, die Verwaltungsräume sowie die Wohnräume des Lazarettpersonals im Erdgeschoß und die Kochküche und die Aufenthaltsräume im Kellergeschoß.
- Bei mittleren Lazaretten (30-70 Betten) gab es für die Krankenzimmer eigene Krankengebäude - neben einem Verwaltungsgebäude, in dem auch die Wirtschaftsräume (allerdings ohne die Wasch- und Desinfektionsanstalt) lagen.

- Größere Lazarette (ab etwa 70 Betten) hatten neben den Krankengebäuden und dem Verwaltungsgebäude zusätzlich ein Wirtschaftsgebäude, auf dessen leichte Erreichbarkeit von allen Krankengebäuden großer Wert gelegt wurde.
- Große Lazarette (ab 200 Betten) verfügten außerdem über Dienstwohngebäude für den Chefarzt, für Beamte und Sanitätspersonal sowie über besondere Gebäude für die Pfortner, die Apotheke, Sanitätsschule usw.

Das Marinelazarett Kiel-Wik war ein typisches Beispiel für eine solche Lazarettanlage. Die ihm zugrundeliegenden, wegen der erfolgten Umbauten 1928 und 1931 berichtigten Pläne, die das Landesbauamt Kiel II mir freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat, sind als Anhang Nr. 11-18 beigelegt.

Die Krankengebäude

waren, sofern sie aus der Zeit vor 1878 stammten, noch nach dem Korridorsystem errichtet. Es handelte sich bei diesem Krankenhausstyp ("Korridorbauten") um imposante, 3-4 stöckige Gebäude mit einem parallel zur Straße gelegenen Längstrakt (zumeist mit Seitenflügeln) und über 4 m hohen, hellen, stets nach Süden gelegenen Krankenzimmern für 6-8 Patienten.

Ein charakteristisches Beispiel hierfür ist das heute noch existierende, unter Denkmalschutz stehende und noch immer als Krankenhaus genutzte ehemalige Standortlazarett München (jetzt: Deutsches Herzzentrum München), das 1868-1874 vom städtischen Baurat Arnold Zenetti in der Lazarettstraße Nr. 10 erbaut wurde.

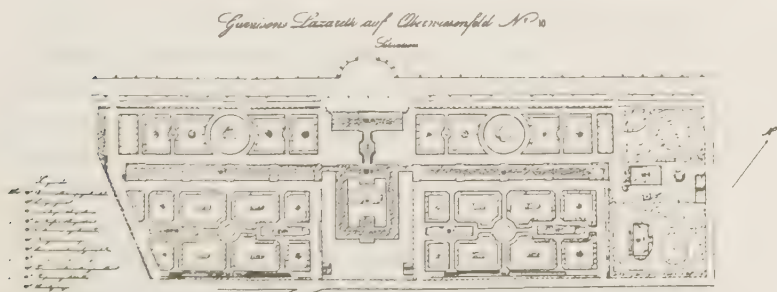


Abb. 1 Korridorbau
im Standortlazarett München
(Quelle: Bayer. Hauptstaatsarchiv,
Abt. IV Kriegsarchiv)

In zahlreichen Reichswehrlazaretten fanden sich als Unterart des Korridorsystems sog. Krankenblocks. Es handelte sich hierbei um kleinere Gebäude, die mit ihrer Längsachse möglichst von Osten nach Westen ausgerichtet waren und meist zwei Geschosse, seltener nur eins, umfaßten. Jedes Geschöß enthielt in der Regel 30 Betten und einen Tagesraum von 40 m². Die Krankenzimmer lagen sämtlich nach Süden/Südosten und mündeten auf einen reichlich mit Fenstern versehenen, an der Nord-/Nordwestseite gelegenen Längsflur. In der Mitte des Gebäudes fand sich regelmäßig an einem nach Norden/Nordwesten befindlichen Anbau das Treppenhaus. Daran grenzten die Nebenräume der Station (Krankenbad, Toiletten, Teeküche, Geräteraum, Räume für das Krankenpflegepersonal). Die Blocks waren vollständig oder teilweise unterkellert und hatten einen Dachboden, der zur Lagerung von Gerät benutzt wurde.¹⁹⁸



Abb. 2 Krankenblock
im Marinelazarett Kiel-Wik
(nach Landesbauamt Kiel II)

Die meisten Kranken waren in sog. Pavillons untergebracht. Jeder Pavillon bildete eine in sich abgeschlossene Einheit in ärztlicher und administrativer Hinsicht. Die Gebäude waren ebenfalls ein- oder zweigeschossig, wobei die eingeschossigen Pavillons vielfach als Baracken bezeichnet wurden. Je nach Anzahl der Betten war an einem oder an beiden Kopfenden der grundsätzlich von Norden nach Süden ausgerichteten Gebäude ein größerer, die ganze Breite und Tiefe des Gebäudes einnehmender Krankensaal für maximal 16 Betten angelegt, welcher

an beiden Längsseiten Fenster enthielt. An der Stirnseite jedes Krankensaals befand sich ein Tagesraum. Zwischen beiden Krankensälen waren an einem Mittelflur ein bis zwei kleine Krankenzimmer mit 1-3 Betten und die Nebenräume der Station angeordnet. Waren Keller oder benutzbare Dachböden vorhanden, so lagen diese nicht unter bzw. über den Krankensälen und Tagesraumanbauten sondern im Bereich des Mittelbaues.¹⁹⁹

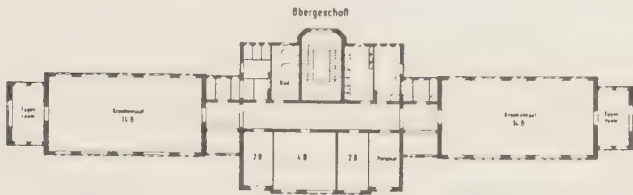


Abb. 3 Krankenpavillon
im Marinelazarett Kiel-Wik
(nach Landesbauamt Kiel II)

Pavillons und Krankenblocks waren in verschiedenartigster Weise miteinander kombiniert und mit Vorbauten, Seitenflügeln usw. versehen, um sie dem örtlichen Bedarf und den lokalen Verhältnissen anzupassen. Die Größe der einzelnen Gebäude richtete sich ebenfalls nach dem Bedarf; es wurden jedoch in der Regel bei Blocks 30 und bei Pavillons 40 Krankenvetten je Geschoß nicht überschritten.²⁰⁰

Zur Absonderung von Kranken mit ansteckenden Krankheiten war entweder eine besondere Isolier-Station in einem Krankenblock eingerichtet oder es waren je nach der Größe des Lazarett ein oder mehrere Absonderungshäuser vorhanden, die in einzelne Abteilungen mit besonderem Zugang, Toiletten und Nebenräumen aufgeteilt waren. Die Anzahl der Infektionsbetten betrug im allgemeinen in Lazaretten mit 70 Kranken etwa 6, in Lazaretten mit 120 Kranken etwa 9 und in Lazaretten mit 200 Kranken etwa 12 Betten. Sie wurden auf die Normalbetten nicht angerechnet.²⁰¹

Die Verwaltungsgebäude

hatten ihre Lage zumeist in der Nähe des Haupteinganges der Lazarettanlage. Sie enthielten im Erdgeschoß das Arbeitszimmer des Chefarztes, ein oder mehrere Geschäftszimmer, das Aufnahmezimmer, die Lazarettapotheke bzw. die Arznei- und Verbandmittelanstalt mit den dazugehörigen Räumen und das Zimmer für den Polizeiunteroffizier. In den oberen Stockwerken lagen die Wohnungen für die wachhabenden Ärzte, für Beamte, Krankenschwestern und Sanitätspersonal - in manchen Lazaretten auch Labore oder die Sanitätsschule, soweit dafür nicht (bei großen Lazaretten) gesonderte Gebäude vorhanden waren. Im Kellergeschoß waren im allgemeinen Lagerräume und (bei Lazaretten bis etwa 100 Betten) die Lazarettküche untergebracht.²⁰²

Die Wirtschaftsgebäude

enthielten vor allem die Kochküche des Lazaretts mit den erforderlichen Räumen zum Aufbewahren von Vorräten, zur Speiseausgabe, zum Spülen, Gemüseputzen, usw., aber auch die Wohnung (Stube) der Köchin, sofern diese nicht mit einem Lazarettbeamten verheiratet war. Außerdem war im Wirtschaftsgebäude die Waschanstalt mit Waschküche, Rollkammer, Flickstube, Trockenboden und getrennten Räumen für die reine und unreine Wäsche untergebracht. Im Wirtschaftsgebäude befanden sich zudem die Desinfektionsanstalt sowie die zentrale Maschinen- und Kesselanlage, welche in Lazaretten ohne besonderes Wirtschaftsgebäude gesondert in kleineren Nebengebäuden installiert waren.²⁰³

Kleinere Nebengebäude

wurden in Lazaretten bis etwa 70 Betten für die gemeinsame Unterbringung der Wasch- und Desinfektionsanstalt errichtet. Daneben gab es Holz- und Kohleschuppen, Schutzdächer für Feuerlöschgeräte, in einzelnen Lazaretten auch Liegehallen und Wachgebäude am Lazaretteingang. Gesonderte Leichenhäuser gab es in allen Lazaretten über 70 Betten; in den kleineren Lazaretten war der Leichenraum entweder im Wasch- und Desinfektionshaus oder abgetrennt in einem Schuppen untergebracht. Das Leichen-

haus enthielt nicht nur die Räume für die Aufbewahrung, Aufbahrung und Sektion von Leichen. In einzelnen Lazaretten, z.B. im Standortlazarett Berlin, waren in ihm auch die Laboratorien für pathologisch-anatomische und hygienisch-bakteriologische Untersuchungen eingerichtet.²⁰⁴

Wege, Hof- und Gartenanlagen

waren darauf ausgerichtet, soviel wie möglich vom Lazarettgrundstück als Garten für die Erholung der Rekonvaleszenten zu gewinnen und die Gesamtanlage möglichst freundlich zu gestalten. Beim Entwerfen und Ausführen von Gartenanlagen waren ausdrücklich Sachverständige ("Kunstgärtner") zuzuziehen, um durch Verbesserung des Bodens, Anlage von Rasenflächen, Einsenkungen und kleinen Anhöhen sowie entsprechende Bepflanzung einen parkartigen Charakter zu schaffen.²⁰⁵ Ein schönes Beispiel dafür ist heute noch der ehemalige Krankengarten des im 2. Weltkrieg zerstörten Standortlazaretts Kassel (in der Albrechtstraße 2).

5.3.3 Ausführung der Gebäude und einzelner Räume

Bei der Ausführung von Lazarettbauten waren die für Garnisonbauten im allgemeinen gegebenen Bestimmungen genau zu beachten. Insbesondere galt es jeden überflüssigen Aufwand zu vermeiden und die Bauart streng nach dem Bedürfnis auszurichten.

Das Mauerwerk war grundsätzlich massiv herzustellen und mit besonderer Sorgfalt durch zuverlässige Abdichtung gegen Bodenfeuchtigkeit zu schützen.²⁰⁶ Spezielle Bestimmungen für Schall- und Wärmeschutz oder für Verglasungen, wie sie heute im Krankenhausbau allgemein üblich sind, gab es noch nicht.

Die Haupttreppen wurden regelmäßig in der Mitte der Krankengebäude angelegt. Sie waren feuersicher aus Stein oder Metall herzustellen, zum Dachboden feuersicher abzuschließen und sollten hell und bequem zu ersteigen sein (Treppenstufen nicht höher

als 17 cm, Auftrittsbreite nicht unter 30 cm). Die Treppenbreite betrug in den Krankengebäuden je nach dem Bedürfnis zwischen 1,50 m und 2,25 m, in Verwaltungs-, Wirtschafts- und Wohngebäuden etwa 1,50 m.²⁰⁷ Die Flure der Krankengebäude (Blocks) wurden im allgemeinen 2-3 m breit angelegt, damit die Kranken auch bei schlechter Witterung genügend Bewegungsmöglichkeiten hatten. Vorsprünge, Ecken und Winkel an den Wänden der Flure waren nach Möglichkeit zu vermeiden.

Alle Wände mußten - soweit irgend angängig - glatt, waschfest und desinfizierbar sein; Kanten und Ecken waren durch Hohlkehlen abzurunden. In allen Feuchtigkeit und Wasserdämpfen ausgesetzten Räumen (Badestuben, Toiletten, Wasch- und Kochküchen, Desinfektionsräume, Operationsräume, Lazarettapotheken, Laboratorien, Sektionsräume, etc.) und den Geisteskrankenstuben war Zementmörtel anstelle der sonst üblichen Gipsspachtelung zu verwenden. Die Operationszimmer wurden bis zur Höhe von 2 m bündig mit dem Putz gekachelt. Ebenso erhielten die Wandflächen in der Nähe von Badewannen und Duschen, sowie an der Feuchtigkeit ausgesetzten Teilen von Küchen, Toiletten, Waschbecken, etc. einen Kachelbelag. Die Wände und Decken in den Krankenzimmern und sonstigen Räumen, für die Zementputz vorgeschrieben war, erhielten einen 1,50 - 2 m hohen Öl- oder Emaille-/Lackfarbenanstrich. Soweit nicht Öl- oder Emaille- bzw. Lackfarbe zur Verwendung gelangte, bekamen die Räume einen gut haftenden Kalkfarbenanstrich; Leimfarben und bleihaltige Farben durften zum Anstrich im Lazarett nicht verwendet werden. Tapeten konnten, außer in den Schlaf- und Wohnräumen der Sanitätsoffiziere, Sanitätsunteroffiziere, Krankenschwestern und Beamten, nur in Geschäftszimmern und Beratungsräumen angebracht werden.²⁰⁸

Fußböden mußten widerstandsfähig, leicht zu reinigen und zu desinfizieren sein. In Operations- und Apothekenräumen, in Küchen, Baderäumen, Desinfektionsanstalten, Leichenhäusern und den Fluren der Erdgeschosse wurde deshalb häufig ein Belag

aus gesinterten, einfach gemusterten Steinzeugfliesen mit hohlkehlenartigen Verbindungsstücken zu den, ebenfalls aus Fliesen bestehenden, Fußleisten benutzt. In den Krankenzimmern kam dagegen vorwiegend Linoleum zur Verwendung.²⁰⁹

Nähere Angaben über Fenster und Türen werden in Zusammenhang mit der Beschreibung der Krankenzimmer gemacht.

Auf die Beleuchtung und die Heizungsanlagen der Lazarette wird im Abschnitt 5.3.4 "Baumaßnahmen in Reichswehrlazaretten" gesondert eingegangen.

Bei der Wasserversorgung und Beseitigung der Abwässer und Abfälle wurde ein Anschluß der Lazarette an die städtischen Wasserleitungen angestrebt. War dies nicht möglich, erfolgte die Wassergewinnung aus einem eigenen Rohrbrunnen. Dabei wurde die Wasserversorgungsanlage so ausgelegt, daß etwa 200 Liter Trinkwasser auf jeden Kranken der Normalkrankenzahl und Tag entnommen werden konnten.²¹⁰

Die Größe der Krankenzimmer richtete sich nach der vorgesehenen Bettenzahl und dem vorgeschriebenen Luftraum. Dieser hatte für jeden Kranken durchschnittlich 37 m³ zu betragen, so daß bei einer geforderten lichten Raumhöhe von 4 - 4,20 m auf das einzelne Bett eine Mindestgrundfläche von etwa 9 m² entfiel.²¹¹ In den Blocks war im allgemeinen eine größere Krankenstube (Wachsaal) mit bis zu 12 Betten vorhanden. Daneben waren in der Regel mehrere Zimmer mit 4-6 Betten, sowie kleinere mit 1, 2 oder 3 Betten eingerichtet. Ebenso enthielten die Pavillons, wie bereits in Abschnitt 5.3.2 in Zusammenhang mit der Lage der Krankenstuben in den Blocks und Pavillons erwähnt, neben den Krankensälen regelmäßig 1-2 kleinere Zimmer mit 1-3 Betten im Mittelbau.

Alle Fenster waren nach Art und Lage so angeordnet, daß eine möglichst ausgiebige Belichtung und Lüftung der Räume erreicht wurde. Sie reichten bis unter die Decke und waren mit Lüftungs-

einrichtungen, wie z.B. Kippflügeln, versehen. Die Mindestgröße der Fenster betrug in den Krankenstuben etwa $1/5$, in den Krankensälen etwa $1/4$ der Bodenfläche des Raumes.²¹² Zum Schutz gegen die Sonne waren die Fenster der Krankenzimmer mit Jalousien oder Rollos und zuziehbaren Fenstervorhängen versehen.

Die Temperatur in den Krankenstuben wurde durch Lüften und Heizen reguliert. An eine "Heizperiode" waren die Lazarette nicht gebunden; ob geheizt wurde, lag im Ermessen des Chefarztes. War die Heizung in Betrieb, sollte die Lufttemperatur tagsüber zwischen 17° und 20° C betragen.²¹³

Bei der Aufstellung der Betten wurde nicht nur großer Wert darauf gelegt, daß sie gegen Luftzug und strahlende Wärme der Heizkörper geschützt waren. Es wurde auch darauf geachtet, daß sie an beiden Längsseiten und an einer Schmalseite freistanden, damit sie gut zugänglich waren. Der seitliche Abstand zum Nachbarbett sollte etwa 1 m, zur Wand oder zum Fenster etwa 0,5 bis 0,7 m und der Gang zwischen den Fußenden zweier sich gegenüberstehender Betten 2 bis 2,5 m betragen.²¹⁴

Um einen ungehinderten Transport der Patienten in das bzw. aus dem Krankenzimmer zu ermöglichen, durften die Türen nicht weniger als 1,5 m breit sein.²¹⁵ Damit sich das Pflegepersonal sofort die Hände waschen konnte, hatten die Krankenzimmer ein Waschbecken mit Zuleitung von kaltem und warmem Wasser.

Besonderer Wert wurde auf einen wohnlichen Gesamteindruck der Krankenzimmer gelegt. Hierbei wurde vor allem auf einen entsprechenden Anstrich der Wände, auf Wandschmuck und Gardinen geachtet. Außerdem erhielten alle Krankenstuben in den 20er Jahren elektrische Beleuchtung, um den Kranken Lesen, Schreiben usw. zu ermöglichen. Das Licht wurde um 21 Uhr gelöscht, nur die Schwerkrankenstuben blieben auch nachts beleuchtet (Nachtbeleuchtung).²¹⁶

Für die Belegung der Krankenstuben galt in den Reichswehrlazaretten folgende Regelung:

"Ein- und Zwei-Betten-Zimmer sind mit Schwerkranken, ferner

mit Kranken, bei denen Dienstgrad oder Stellung oder sonstige besondere Gründe gesonderte Unterbringung erfordern, zu belegen. Unteroffiziere sind möglichst getrennt von den Mannschaften unterzubringen, jedoch dürfen unter Umständen aus disziplinarischen Gründen auch Unteroffiziere in Mannschaftsstuben gelegt werden. Für Offiziere und Beamte sind besondere Krankenzimmer usw. mit 1 oder 2 Betten vorzusehen".²¹⁷

Da in den Reichswehrlazaretten auch Freiheitsstrafen vollstreckt wurden und insbesondere vom Chefarzt über Kranke verhängte Disziplinarstrafen, sofern sie bei haftfähigen Kranken nicht während der Behandlung verbüßt werden konnten, möglichst sofort nach Abschluß der Lazarettbehandlung zu vollziehen waren, verfügten die Lazarette über eine oder mehrere Arrestantenstuben. Es handelte sich hierbei zumeist um 10-12 m² große Krankenzimmer, die mit Sicherheitseinrichtungen an Fenstern (zusammenschiebbare Eisengitter etc.) und Türen versehen waren und abseits von den übrigen Krankenzimmern lagen, aber bei Bedarf auch zur Unterbringung anderer Kranker benutzt wurden. In ihnen durften Strafen gegen Kranke nur vollzogen werden, wenn "der Standort-älteste (die Räume) nach Ausstattung und Sicherheit als den Arresträumen in Kasernen entsprechend bezeichnet hatte und das vorgeschriebene Bewachen und Vollziehen gewährleistet war".²¹⁸

Den nicht bettlägerigen Patienten standen in den Krankengebäuden Aufenthaltsräume ("Tageräume") zur Verfügung, die gleichzeitig als Speise- und Beschäftigungsräume benutzt wurden. Ihre Lage war in den Blocks zumeist in der Mitte der Gebäude, in den Pavillons dagegen an den äußeren Stirnseiten. Die Größe betrug je belegtes Geschoß (in Blocks maximal 30, in Pavillons maximal 40 Betten) etwa 40 m².

Zur Abhaltung von Gottesdiensten war in Lazaretten mit mehr als 200 Betten den Militärpfarrern beider Konfessionen gemeinsam ein entsprechend großer, kapellenartig ausgestatteter Betsaal eingerichtet, dessen Belegungsfähigkeit mit Kranken auf die Nor-

malkrankenzahl angerechnet wurde. In kleineren Lazaretten wurden für die Lazarettgottesdienste, deren Zeit mit dem Chef- arzt zu vereinbaren war, größere freie Stuben oder ein Krankensaal bereitgestellt.²¹⁹

Vor allem die Krankenabteilungen für Augen-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Geschlechts- und Zahnkranke verfügten im allgemeinen über ein besonderes Untersuchungszimmer. Es war auch in hygienischer Hinsicht so eingerichtet, daß darin die erforderlichen "spezialistischen" Operationen - somit außerhalb der eigentlichen Operationsräume - vorgenommen werden konnten.²²⁰

In den Abteilungen waren Diensträume für das Sanitätspersonal, insbesondere für den Abteilungsaufseher, eine Anrichte/Teeküche, ein Abstellraum für Gerät und Reinigungsmittel, ein Krankenbad für je 20 Lazarettkranke (mit Brausevorrichtungen), Waschräume für die nicht bettlägerigen Patienten (als nicht bettlägerig galt die Hälfte der Belegungsfähigkeit des Lazarets; für je 4-5 nicht bettlägerige Kranke wurde 1 Waschbecken und etwa 1 m² Grundfläche gefordert) sowie getrennte Aborträume für Personal und Patienten regelmäßig vorhanden.²²¹

Bei den Aborträumen, die bequem zu erreichen sein mußten und reichlich Licht und Luft zu bekommen hatten, wurde auf 10 Kranke ein Abortsitz und auf 20 Kranke ein Pissoirbecken gerechnet. Großer Wert wurde auf gute Wasserspülung gelegt. Außerdem wurden nach außen lüftbare Vorräume verlangt, die so reichlich bemessen sein mußten, damit Waschbecken und Spüleinrichtungen Platz finden oder tragbare Nachtstühle, Steckbecken usw. gereinigt und abgestellt werden konnten.²²²

Die Anzahl und Größe der Operationsräume in den Lazaretten richtete sich grundsätzlich nach der Normalkrankenzahl. Danach verfügte auch das allerkleinste Lazarett zumindest über ein sog. Verbandzimmer (20-25 m²) mit abwaschbaren Wänden oder Wandfliesenbelag. Es enthielt neben der Ausstattung für gewöhnliche Verbände alle Einrichtungen, die für unaufschiebbare Operationen

nötig waren. Dieses Verbandzimmer diente zugleich als Raum für erste Hilfe und als Aufnahmezimmer.²²³

Bei einer Bettenzahl von mehr als 70 war für aseptische Operationen ein Operationszimmer von etwa 25 m² und ein Sterilisierzimmer von 12-15 m² mit Sterilisierapparat für Verbandstoffe und ärztliche Instrumente, dazu für septische Operationen und Verbände ein zweites Operations- und Verbandzimmer von 25 bis 35 m² vorhanden. Lazarette mit etwa 200 Betten hatten für aseptische Operationen ein Operationszimmer von etwa 25 m², einen Vorbereitungsraum von ca. 20 m² mit Waschvorrichtungen (schon mit Mischbatterien und Armhebelverschlüssen !) und einem Wandschrank für die nötigen Narkosegeräte, ein Sterilisierzimmer von 12-15 m² und ein Badezimmer von 15 m² sowie für septische Operationen ein besonderes Operationszimmer von etwa 25 m² und für Verbände ein Verbandzimmer von 30-45 m² Grundfläche. Bei großen Lazaretten ergab sich damit für die Operationsabteilung eine Gesamtgrundfläche von etwa 145 m². Dazu kamen die bereits erwähnten Zimmer für Operationen bei Augen-, Hals-, Nasen-, Ohren- und Geschlechtskranken.²²⁴

Hinsichtlich ihrer Lage waren die Operationsräume von den Krankenzimmern zumeist gesondert, aber unter einem Dach, z.B. am Ende eines Pavillons oder Blockflügels, untergebracht. Transporte durchs Freie sollten so vermieden und eine gute Erreichbarkeit zur chirurgischen Abteilung gewährleistet werden. Bei mehrstöckigen Gebäuden konnten die Operationsräume auch im Obergeschoß liegen. Sie sollten vom Flur aus möglichst unmittelbar zugänglich sein und die Räume für septische Operationen durften keine unmittelbare Verbindung mit den aseptischen Operationsräumen, Vorbereitungs- oder Sterilisierräumen haben.

Damit die Operationsräume gut belichtet waren, wurden 2-3 m breite, bis zur Decke reichende, teilweise schon doppelverglaste Fenster, die meistens nach Norden gerichtet waren, eingebaut. Die Wände waren glatt gekachelt. Die Fußböden hatten zumeist helle Steinzeugfliesen und ein leichtes Gefälle, das in einer Abflußöffnung (mit Geruchsverschluß und abnehmbarem Gitter) am Operationstisch mündete. Außer Heizvorrichtung, Waschbecken

und Operationsdeckenleuchte sollten die Operationsräume über keine festen Einrichtungen verfügen.²²⁵

Auch wenn die Operationsräume der Reichwehrlazarette hinsichtlich Größe und Ausstattung mit großen zivilen Kliniken nicht konkurrieren konnten, so waren sie doch für die Bedürfnisse der Reichswehr durchaus zweckmäßig eingerichtet und genugten den Anforderungen.²²⁶ Hierbei ist zu berücksichtigen, daß damals in der militärischen Friedenschirurgie wegen der strengen gesundheitlichen Auslese bei der Übernahme in die Reichswehr und des infolge der 12-jährigen Dienstzeit meist zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr liegenden Alters der Soldaten die Appendektomien den häufigsten chirurgischen Eingriff darstellten, daneben vor allem Wundinfektionen und Unfallverletzungen (insbesondere Sportverletzungen !) chirurgisch zu behandeln waren und in den 20er Jahren generell ein gewisser Konservatismus bei der Krankenbehandlung vorherrschte.²²⁷

Räume und Einrichtungen für Röntgenuntersuchungen waren entsprechend der Größe des Lazaretts und den örtlichen Verhältnissen der Garnison vorhanden. Selbst das 36-Betten-Lagerlazarett in Grafenwöhr verfügte über eine Röntgeneinrichtung.²²⁸

Die Röntgenräume, die meist bei den Operationsräumen lagen, umfaßten neben dem Röntgenaufnahmezimmer eine Dunkelkammer mit zusammen etwa 25 m² Grundfläche. In größeren Lazaretten kamen ein zusätzlicher Arbeitsraum, ein Lagerraum für Röntgenplatten und ein Wartezimmer mit Umkleidekabine dazu. Teilweise standen getrennte Räume für Röntgenaufnahmen und für Röntgendurchleuchtungen zur Verfügung.

Dieses Raumprogramm wurde als ausreichend angesehen, zumal in den Reichwehrlazaretten keine Tiefenbestrahlungen durchgeführt wurden. Sofern bei Soldaten eine Strahlentherapie erforderlich war, was äußerst selten vorkam, wurden die Patienten in dafür besonders eingerichtete zivile Krankenhäuser überwiesen.²²⁹

Bei der Einrichtung bzw. Modernisierung von Röntgenanlagen in

Reichswehrlazaretten wurde auf Grund der in den 20er und 30er Jahren erzielten großen Fortschritte auf dem Gebiet der Radiologie und der Entwicklung diagnostischer Röntgenapparaturen besonderer Wert auf Strahlen- und Hochspannungsschutzmaßnahmen gelegt, um die Gefährdung der Patienten und des Personals so gering wie möglich zu halten. Dies geschah damals hinsichtlich des Strahlenschutzes gegen die direkte Strahlung durch Verwendung strahlensicherer Röntgenröhren in Verbindung mit Doppelschlitzblenden und hochwertigem Bleiglas des Leuchtschirmes sowie durch am Leuchtschirm befestigte Streustrahlenschutzvorrichtungen aus Bleigummi zum Schutz des Untersuchers gegen die vom Patienten ausgehende Sekundärstrahlung bzw. durch Bleiplatten an beiden Seiten der Stützwand für den Patienten zur Verhinderung von Strahlenschädigungen des Untersuchers bei Schrägdurchleuchtungen. Die Hochspannungssicherheit wurde insbesondere durch berührungssichere Kapselung der Röntgenröhre und der Stromzuführungen sowie durch Erdung des Röntgengeräts erreicht.²³⁰

In jedem Lazarett war mindestens ein Raum als Laboratorium eingerichtet, in dem die Sanitätsoffiziere die laufenden einfacheren mikroskopischen und klinisch-chemischen Untersuchungen ausführen konnten. Große Lazarette konnten unter Berücksichtigung ihrer besonderen Aufgaben nach Genehmigung durch den Wehrkreisarzt bzw. das Sanitätsamt für jede Krankenabteilung ein gesondertes Laboratorium erhalten.²³¹ Hierfür wurden nach Möglichkeit nach Norden gelegene Räume oder Eckzimmer mit Fenstern nach zwei Richtungen gewählt. Die Räume waren etwa 20-25 m² groß und verfügten über Waschbecken mit fließendem warmen und kalten Wasser und Ausgußbecken mit Anschluß an die Kanalisation.

Den Lazaretten am Sitz des Wehrkreisarztes, der regelmäßig dem Sitz eines Sanitätsamtes und damit auch einer hygienisch-chemischen Untersuchungsstelle der alten Armee entsprach, war zudem die Hygienisch-bakteriologische Untersuchungsstelle

des Wehrkreises angegliedert, die der Wehrkreishygieniker leitete. Auf ihre Aufgaben, die neben diagnostischen Untersuchungen regelmäßig auch die Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen einschloß, wurde bereits in Abschnitt 3.3 näher eingegangen. In den Lazaretten mit einer Hygienisch-bakteriologischen Untersuchungsstelle waren dementsprechend zusätzliche Laborräume für serologische und bakteriologische Untersuchungen mit den erforderlichen Nebenräumen (z.B. Raum für Nährbodenherstellung, Spülraum, Raum für Versuchstiere) vorhanden.²³²

Die Ausstattung der Reichswehr mit Lazarettapotheken war bei Heer und Marine unterschiedlich: Während in der Marine jedes Lazarett eine eigene Lazarettapotheke hatte, bestand nur in den größeren Heereslazaretten (ab etwa 70 Betten) eine eigene Apotheke. In kleineren Heereslazaretten gab es nur eine Arznei- und Verbandmittelanstalt.²³³ Der Unterschied zwischen beiden Einrichtungen, die keine selbständigen Dienststellen, sondern Teil des Lazaretts waren, bestand vor allem im Auftrag und äußerte sich darin, daß Lazarettapotheken von einem Apotheker, Lazarett-Arznei- und Verbandmittelanstalten dagegen unmittelbar vom Chefarzt oder einem von ihm beauftragten Sanitätsoffizier geleitet wurden.

Die Lazarettapotheken, die sich in eine Arzneimittelabteilung und in eine Verbandmittel- und Geräteabteilung gliederten, fertigten die verordneten Arzneizubereitungen an, stellten einfache pharmazeutische Präparate nach den Vorschriften des Deutschen Arzneibuches auf Vorrat her und versorgten die Krankenabteilungen des Lazaretts und die Truppenkrankenstuben des zugewiesenen Bereichs mit Arzneimitteln, Desinfektionsmitteln und Reagenzien, sowie mit Verbandmitteln und Sanitätsgerät jeder Art. Sie verwalteten die eigenen Bestände und das gesamte auf den Krankenabteilungen und in den Truppenkrankenstuben befindliche, zum dauernden oder vorübergehenden Gebrauch ausgegebene ärztliche, Laboratoriums- und Apothekengerät, sorgten für die Instandsetzung bzw. das Aussondern unbrauchbar gewordener Geräte/Instrumente und bewahrten die Truppensani-

tätsausrüstung auf. Außerdem führten die Lazarettapotheken chemische Untersuchungen an Arzneimitteln, Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen durch, soweit dies mit der vorhandenen Geräteausrüstung möglich war. In den Standorten Kiel und Wilhelmshaven oblag diese Aufgabe den hygienischen und chemischen Abteilungen der Sanitätsämter.²³⁴

Die Aufgaben der Arznei- und Verbandmittelanstalten waren im Vergleich zu den Lazarettapotheken viel begrenzter. So gehörte das Anfertigen von Arzneien, bis auf die Herstellung einfacher Lösungen zum äußeren Gebrauch, nicht zu deren Aufgaben. Ebenso wurden von ihnen nur einfache Arzneimittel (z.B. Tees, Tinkturen, lose Salben) und abgabefertige Arzneiformen (Ampullen, Tabletten, usw.) ausgegeben. Stark wirkende oder schwieriger herzustellende Arzneimittel wurden über einen Arzneilieferungsvertrag aus Zivilapotheken bezogen und waren von den anderen Mitteln getrennt und unter Verschuß aufzubewahren. Im übrigen beschafften die Lazarett-Arznei- und Verbandmittelanstalten, ebenso wie die Lazarettapotheken, ihren Bedarf an Geräten und Verbrauchsgegenständen durch Anfordern bei den Wehrkreissanitätsdepots bzw. Sanitäts-Depotabteilungen der Marinelazarette.²³⁵

Dem unterschiedlichen Auftrag entsprach der Raumbedarf. Danach waren in einer Lazarettapotheke im allgemeinen an Diensträumen, neben dem Dienstzimmer für den Apotheker und dem Geschäftszimmer, vorhanden:

- ein Apothekenarbeits-(Arzneimittel)Raum von ca. 30 m²,
- ein Untersuchungsraum von ca. 16 m²,
- ein Dampfraum/pharmazeutisches Laboratorium von 30 m²,
- ein Raum für Verbandmittel und Geräte (ca. 20 m²),
- ein Arzneimittelkeller (ca. 15 m²) mit einem abgetrennten Raum für feuergefährliche Stoffe,
- Lagerräume (Bodenräume, trockene Kellerräume) zur Aufbewahrung der Truppensanitätsausrüstung.²³⁶

Demgegenüber verfügte eine Arznei- und Verbandmittelanstalt nur über

- einen Arznei- und Verbandmittelraum von 12-24 m²,

- einen Kellerraum,
- Lagerräume für die Truppensanitätsausrüstung.²³⁷

Die Apothekenräume befanden sich, sofern nicht ein eigenes Apothekengebäude (wie z.B. im Standortlazarett Berlin) vorhanden war, zumeist im Verwaltungsgebäude an gut erreichbarer Stelle in der Nähe des Einganges.

Um das Betreten der Räume durch Unbefugte einzuschränken, hatten die Arznei- und Verbandmittelzimmer Ausgabefenster mit Schiebevorrichtung. Bei der Ausführung der Räume wurde außerdem darauf geachtet, daß die Arznei- und Verbandmittelzimmer möglichst lange Wände zum Aufstellen von Regalen und Schränken aufwiesen. Beim Dampfraum, der u.a. auch zur Herstellung von Aufgüssen und Abkochungen diente, waren Kalt- und Warmwasseranschlüsse, Ausgußbecken, Wandfliesen und ein wasserundurchlässiger Fußboden vorhanden.²³⁸

In den Lazaretten mit einer Sanitätsschule (das waren in der Regel die Lazarette am Sitz der Divisionskommandos bzw. Marinestationen) standen Unterrichtsräume für die nach dem Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften (U.f.S.)²³⁹ durchzuführende Ausbildung der Sanitätsschüler meist nur entsprechend große, gerade nicht benutzte Krankenzimmer zur Verfügung. Der praktische Teil der jeweils am 1. Oktober jedes Jahres beginnenden und 6 Monate dauernden Kurse, die unter der Leitung des Chefarztes von einem Stabs- oder Oberstabsarzt und anderen Ärzten, sowie vom Lazarettfeldwebel durchgeführt wurden, erfolgte auf den Krankenstationen, schloß aber auch die Heranziehung zum Revierdienst und zu sonstigem Außendienst am Kommandoort ein.²⁴⁰

5.3.4 Baumaßnahmen in Reichswehrlazaretten

In den ersten Jahren der Reichswehr war der allgemeine Zustand der Lazarette deprimierend.

Als 1921 das Heer begann, die Lazarette von der Versorgungsverwaltung zu übernehmen, befanden sich diese infolge der starken Inanspruchnahme während des Krieges und der Nachkriegszeit und der aus Geldmangel unterbliebenen bzw. nur unzureichend durchgeführten Instandhaltung auch nach Einschätzung des Chefs der Heeresleitung, Generaloberst von Seeckt, "zumeist in verwahrlostem Zustand".²⁴¹ Gleiches galt für die Marinelazarette: "Der Farbanstrich von Decken und Wänden bedarf vielfach der Erneuerung, desgleichen der Fenster- und Türanstrich, der Linoleumbelag des Fußbodens, die Möbel, Stühle, Waschschüsseln, Eßgeräte, usw."²⁴²

Die Beleuchtung in den Lazaretten war noch nicht überall elektrisch. So wurden z.B. die Marinelazarette Wilhelmshaven und Cuxhaven noch durch Gaslicht beleuchtet, was insbesondere zum Lesen und Schreiben ungeeignet war.

Hinzu kam, daß auch die Lazarette unter dem allgemeinen Brennstoffmangel zu leiden hatten, der mit Herabsetzung der Heizzeiten und Schließung von Krankengebäuden verbunden war, wodurch es zu einer Überbelegung in anderen Häusern kam.²⁴³ Aus Sparsamkeitsgründen mußten verschiedentlich, wie im Marinelazarett Kiel-Wik, die Beleuchtungskörper in den Krankensälen von 10 auf 3, in den Tagesräumen von 2 auf 1 herabgesetzt werden oder wurden die Flurlampen in den Krankengebäuden so verlegt, daß die Treppen mitbeleuchtet und in jedem Gebäude 2 Lampen eingespart werden konnten.²⁴⁴

Die 1921 - 1923 im Haushalt des Reichswehrministeriums für Baumaßnahmen in Lazaretten veranschlagten Mittel wurden vor allem im Heer für das Einrichten der Lazarette in den von der Versorgungsverwaltung übernommenen Gebäuden, zur Erhöhung der vielfach unzureichenden Krankenbetten und die Vermehrung der Räume durch Hinzunahme in anderweitiger Nutzung befind-

licher Gebäudeteile benötigt. Die schlechte Finanzlage des Reichs und die steigende Geldentwertung ließen daneben nur die aller-notwendigsten Instandsetzungen zu.²⁴⁵

1924, nach der Umstellung der Einnahmen und Ausgaben auf Goldmark, waren im Haushalt für das Heerwesen (Gesamtvolu-men: 19,7 Mio M) zur Einrichtung von Heereslazaretten in reichs-eigenen Gebäuden insgesamt nur 47 000 M veranschlagt.²⁴⁶

Für die Marinelazarette standen dagegen mehr Mittel zur Verfü-gung, so daß die im Vorjahr begonnenen Instandsetzungsarbeiten erheblich weitergeführt werden konnten. So konnten u.a. die Lazarettgebäude in Wilhelmshaven gründlich überholt und dabei die bisherige Gasbeleuchtung durch eine elektrische Beleuchtung ersetzt werden.²⁴⁷

1925 wurde im Marinelazarett Kiel-Wik mit umfangreichen In-standsetzungs- und Umbauarbeiten begonnen.²⁴⁸

Auch das Heer, das bislang die Beseitigung der zum größten Teil noch aus der Kriegszeit stammenden Gebäudeschäden wegen unzureichender Bauunterhaltungsgelder immer wieder aufgeschoben hatte, begann jetzt mit einer durchgreifenden Instandsetzung der Lazarettanlagen, um "den baulichen Zustand der Lazarettge-bäude den im allgemeinen an Krankenanstalten zu stellenden Forderungen anzugleichen".²⁴⁹ Zu diesem Zweck stand im Haus-halt 1925 "zur einmaligen gründlichen Instandsetzung der von den Lazaretten zu unterhaltenden baulichen Anlagen" erstmals fast der gleiche Betrag wie für die laufende Bauunterhaltung zur Verfügung.²⁵⁰

Die Instandsetzungs- und Modernisierungsmaßnahmen dauerten in den betroffenen Reichswehrlazaretten durchschnittlich 3-4 Jahre.²⁵¹ Sie erstreckten sich im wesentlichen auf folgende Be-reiche:

- Im Pflegebereich erfolgte die Einrichtung weiterer Fach-stationen. Aus großen Räumen wurden durch Einsetzen von Wän-den mehrere kleine gemacht und Einzelzimmer geschaffen, wo-

durch sich insbesondere die Voraussetzungen für die stationäre Behandlung von Familienangehörigen und Offizieren verbesserten. Die Krankenzimmer wurden außerdem wohnlischer gestaltet und mit Bildern und Gardinen ausgestattet.²⁵² "Besonderer Wert wurde auf die Verbesserung der Beleuchtung in den Heereslazaretten gelegt und zwar in erster Linie durch Einführung von Innenraumluzetten, die ein ruhiges, dem Auge wohltuendes Licht spenden. Gerechnet werden auf Grund eingehender Versuche auf 1 m² Grundfläche 2 Watt. Außerdem sind an den Wänden zu Häupten der Betten Steckdosen angebracht, damit bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen jederzeit die erforderlichen Lichtquellen oder Apparate, ggf. auch Nachttischlampen zum Lesen angeschlossen werden können. Durch Einrichtung von Tagesräumen hat es sich ermöglichen lassen, daß in diesen die Hauptmahlzeiten, z.T. unter Beteiligung des Pflegepersonals, gemeinsam an freundlich gedeckten Tischen unter Benutzung weißen Eßgeschirrs eingenommen werden können, soweit die Kranken Bett und Zimmer verlassen können".²⁵³ Daneben erfolgte eine Vermehrung der Badegelegenheiten und sanitären Einrichtungen sowie eine Verbesserung der Anlagen zum Geschirreinigen durch Zuführung von fließendem Heißwasser usw.²⁵⁴

- Im Untersuchungs- und Behandlungsbereich wurden generell die Laboratorien, Operationsräume und Röntgenzimmer modernisiert. In verschiedenen Lazaretten (u.a. Kolberg, Wilhelmshaven) wurden großzügige Bäderabteilungen eingerichtet.²⁵⁵

- Im Personal- und Wohnbereich erfolgte vor allem eine bessere Unterbringung der Krankenschwestern und des militärischen Sanitätspersonals durch Einrichtung von 1- und 2-Bett-Zimmern in abgeschlossenen Bereichen (z.B. im Marinelazarett KielWik, vgl. Anhang Nr. 18) oder durch Neubau (z.B. eines Sanitätsmannschaftshauses im Standortlazarett Stettin²⁵⁶).

- Im Bereich der Haustechnik wurden zur Beseitigung der bis dahin in den Lazaretten üblichen, jedoch unwirtschaftlichen und unhygienischen Ofenheizungen Zentralheizungs- und Warmwasserversorgungsanlagen eingebaut bzw. bestehende Sammelheizungsanlagen erweitert (1926: Schwerin, Königsberg, Allenstein, Stettin,

Berlin²⁵⁷; 1927: Kolberg²⁵⁸; 1928: Kiel-Wik (siehe Anhang Nr. 16 und 18), Frankfurt/Oder²⁵⁹; 1929: Lübeck, Schweidnitz, Ludwigsburg, Kassel, Goslar²⁶⁰; 1930: Swinemünde²⁶¹). Außerdem erfolgte verschiedentlich, z.B. in den Lazaretten Berlin und Jüterbog, eine Erneuerung der Wasserver- und -entsorgung unter Anschluß an die örtliche Wasserleitung und Kanalisation.²⁶²

1926 renovierte die Marine das im Vorjahr übernommene Lazarett in Swinemünde und im Marinelazarett Cuxhaven erfolgte die Fertigstellung der Isolierräume.²⁶³

1927 wurde damit begonnen, Rundfunk und Lautsprecher in die Lazarette - auch in die kleinsten, wie Bückeburg - einzuführen.²⁶⁴ Im Standortlazarett Wünsdorf erfolgte der Bau eines Massivpavillons zur Unterbringung von insgesamt 24 lungentuberkulösen Soldaten. Er umfaßte 6 gekachelte Krankenzimmer zu 1-8 Betten und die erforderlichen Nebenräume (Untersuchungszimmer, Mikroskopieraum, Tagesraum, Waschraum, Baderaum, Teeküche, je 1 Zimmer für den Stationsaufseher und den Wärter, Geräteraum, Desinfektionsraum und Toiletten).²⁶⁵ Die Krankenunterkünfte der Heereslungenheilstätte im Lagerlazarett Münsingen wurden ebenfalls modernisiert. Die Lungenheilstätte wurde dazu vorübergehend geschlossen und die Bettenzahl für das Lagerlazarett nach Abschluß der Baumaßnahmen auf 76 Betten (bislang 100) neu festgesetzt.²⁶⁶

1928 ist ein auf dem Gelände des Standortlazaretts Kolberg errichteter Neubau einer Kuranstalt dem Betrieb übergeben worden. Die Anlage wurde gebaut, nachdem Jahre zuvor auf dem Lazarettgelände eine starke Solequelle festgestellt und im Haushalt 1926 die erforderlichen Finanzmittel bewilligt worden waren. Sie umfaßte neben den Wohnräumen für 46 Kurkranke und den dazugehörigen Tages-, Speise- und Lesezimmern ein Badehaus mit Einrichtungen für kalte und warme Seebäder (Wannenbäder), Solbäder, Moorbäder, Lichtbäder und Inhalatorium auch Räume für Hydrotherapie, Massage und medikomechanische

Behandlung. Das Standortlazarett Kolberg, dem nach der Erweiterung auch die ärztliche Behandlung der Kurkranken oblag, führte nunmehr die Bezeichnung "Standort- und Kurlazarett Kolberg"; seine Bettenzahl wurde dementsprechend von bislang 85 auf 131 Betten erhöht.²⁶⁷

1929 erfolgte ein Umbau des Standortlazaretts Frankfurt/Oder. Das Standortlazarett Wünsdorf erhielt eine neue Liegehalle und in den Standortlazaretten Dresden und Schwerin wurden die Isolierpavillons erweitert bzw. umgebaut. An Neubauten wurden jeweils eine Baracke im Standortlazarett Kassel und im Lagerlazarett Münsingen errichtet. Außerdem wurden im Marinelazarett Wilhelmshaven eine Diätküche und im Standortlazarett Lötzen eine neue Wäscherei in Betrieb genommen.²⁶⁸ Letzteres ist insofern bemerkenswert, weil sonst häufig eine Stilllegung der aus der Vorkriegszeit stammenden Lazarettwäschereien erfolgte und die Lazarettwäsche in Standortwaschanstalten gewaschen wurde, um diese besser auszulasten und so eine wirtschaftliche Wäschereinigung im Standort zu ermöglichen.²⁶⁹

1930 wurde mit einer durchgreifenden Modernisierung des Standortlazaretts Königsberg "zur Erreichung des für eine Krankenanstalt erforderlichen hygienischen und der Neuzeit entsprechenden Zustandes" begonnen.²⁷⁰ Die Standortlazarette Schwerin, Stargard und Schweidnitz erhielten einen neuen Außenputz und in den Lazaretten Allenstein, Stettin, Berlin, Dresden, Leipzig, Braunschweig, Goslar und Paderborn wurden kleinere Umbauten zur Verbesserung der Krankenunterkünfte und Behandlungsräume durchgeführt.²⁷¹ Im Standortlazarett Ludwigsburg wurde ein neues Küchengebäude für 69 300 RM gebaut.²⁷²

1931 und 1932 wurden im Marinelazarett Wilhelmshaven umfangreiche bauliche Modernisierungsarbeiten vorgenommen: Alle Kranken- und Behandlungsräume und die Geschäftszimmer des Verwaltungsgebäudes erhielten Waschbecken mit Warm- und Kaltwasserzufluß. In den Waschräumen wurden besondere Mundspülbecken,

in den Toiletten Seifenspender und Heißlufthändetrockner installiert. Im Kellergeschoß wurde anstelle der veralteten Badeanlage eine moderne eingerichtet und für die Krankenschwestern wurden Einzelzimmer in einem abgeschlossenen Unterkunftsbereich gebaut. Außerdem erhielt die Sanitätsschule besondere Unterrichtsräume.²⁷³

1933 ist mit der Modernisierung des Lazarets in Pillau begonnen worden.²⁷⁴

Der nach 1933 rasch vorangetriebene Wehrmachtaufbau erforderte unter anderem, ausreichende Krankenunterkunft und Behandlungsmöglichkeit vorzusehen. Nach zahlreichen Behelfsmaßnahmen setzte dann 1936 mit dem Neubau des Standortlazarets Hamburg ein umfassendes Neubauprogramm ein. Dabei wurden die aus dem Jahre 1904 stammende Beilage 11 der F.S.O. "Allgemeine Grundsätze für den Neubau von Garnisonlazaretten" den in der Reichswehr gewonnenen Friedenserfahrungen und den neuzeitlichen Erkenntnissen des Krankenhausbaues angepaßt.²⁷⁵

Für die Reichwehrlazarette ist festzustellen, daß sie den militärischen Erfordernissen jener Zeit entsprachen.²⁷⁶ Sie waren von ihrer Größe gut überschaubar und individuell gestaltet. Die Ausführung der notwendigen Bauarbeiten zur Bauunterhaltung der Lazarette wurde von den dafür zuständigen Heeres- und Marinebauverwaltungen auch bei angespannter Haushaltslage des Reiches beharrlich durchgeführt. Darüberhinaus wurde versucht, durch bauliche Änderungen die zum Teil sehr alten Lazarette - das Standortlazarett Hannover wurde beispielsweise 1846 errichtet²⁷⁷ - in ständig zunehmendem Umfang zu modernisieren. Die Baumaßnahmen beschränkten sich dabei im wesentlichen auf sog. kleine Um- und Erweiterungsbauten, da die vorhandene Streubauweise (Pavillons und Blocks) und die geringe Bettenzahl vieler Lazarette einer umfassenden Anpassung an einen zeitgemäßen Krankenhausstandard aus wirtschaftlichen Gründen Grenzen setzten. An Lazarettneubauten wurden nur die zwei beschriebenen, engumgrenzten Baumaßnahmen im Standort- und Kurlazarett Kolberg sowie im Standortlazarett Wünsdorf ausgeführt.

5.4 Ausstattung der Lazarette

Die Ausstattung der Lazarette der Reichswehr mit den für die Krankenpflege und -behandlung erforderlichen Geräten und Gegenständen richtete sich zunächst im Heer weiterhin nach den Bestimmungen der Friedens-Sanitäts-Ordnung (F.S.O.) vom 16. Mai 1891 und in der Marine nach den Bestimmungen des Entwurfs der Neufassung der Marinesanitätsordnung (M.S.O.) vom Jahre 1917, die sinngemäß weitergalten.²⁷⁸ Die damalige Ausstattung entstammte weitgehend Beständen, die vor und im ersten Weltkrieg beschafft worden waren.²⁷⁹ Dabei wurde teilweise über gute Erfahrungen mit der Feld-Sanitätsausrüstung, zum Beispiel vom Marinelazarett Flensburg-Mürwik über den dort zur Verfügung stehenden Feldröntgenapparat von Siemens & Halske, berichtet.²⁸⁰ Von den Reichswehrlazaretten wurde aber auch vielfach heftige Klage über das aus dem Krieg stammende Sanitätsmaterial geführt, weil beispielsweise das Nahtmaterial wegen Überalterung häufig brüchig war oder die Wirksamkeit einiger Narkosemittel sowie anderer pharmazeutischer Präparate wegen Überalterung sehr stark nachließen.²⁸¹

Später wurde - im Reichsheer von der Beilage 26 der F.S.O. "Medizinisch-chirurgischer Etat für Garnisonlazarette", in der Reichsmarine vom Beiheft zur M.S.O. "Etat an Hilfsmitteln zur Krankenpflege" ausgehend - für jedes Lazarett ein individuelles Soll für die notwendige Ausstattung mit Sanitätsmaterial unter Berücksichtigung der Normalkrankenzahl und seiner besonderen Aufgaben (fachärztlichen Abteilungen) festgesetzt, das im Heer vom Wehrkreisarzt, in der Marine vom Reichswehrministerium zu genehmigen war.²⁸²

Das Soll umfaßte die Ausstattung mit

- ärztlichen Instrumenten und Geräten/Apparaturen, Verbandmitteln und sonstigen Sanitätsausrüstungen (ärztliches Sanitätsmaterial),
- Apothekengeräten,

- Arzneimitteln, Reagentien, Desinfektionsmitteln und Nebenbedürfnissen (Gläser, Salbentöpfe, Papierbeutel, usw.)²⁸³

Wegen des Umfanges der Ausstattung, ihrer von Lazarett zu Lazarett unterschiedlichen und im Laufe der Jahre wechselnden Zusammensetzung sowie der nicht mehr vorhandenen Bestandslisten sind detaillierte Angaben über die tatsächliche Ausstattung der einzelnen Reichswehrlazarette mit Sanitätsmaterial nicht möglich. Die Geräteausstattung war jedoch, entsprechend dem damaligen Stand der Medizintechnik, viel weniger umfangreich als heute.

Das zustehende bzw. benötigte ärztliche Sanitätsmaterial wurde von den Krankenabteilungen bei der Lazarettapotheke bzw. bei der Arznei- und Verbandmittelanstalt des Lazaretts empfangen und war in einfacher Form nachzuweisen. Für seine Vollzähligkeit und seinen ordnungsgemäßen Zustand war der Leitende Arzt der Krankenabteilung verantwortlich.²⁸⁴

Für die Ausstattung mit Wäsche und Wirtschaftsgerät waren bis zum Jahre 1932 im Heer die Bestimmungen der Beilage 36 ("Etat an Ökonomegeräten für Garnisonlazarette") und der Beilage 37 ("Beschreibung wichtiger Ökonomegeräte für Garnisonlazarette") der F.S.O., in der Marine der Abschnitt A des vorgenannten "Etats an Hilfsmitteln zur Krankenpflege" maßgebend.

Die Bestimmungen regelten u.a. die Einrichtung der Krankenzimmer, Dienst- und Unterkunftsräume sowie die Ausstattung der Wirtschafts- und übrigen Lazarett Räume mit Geschirr, Bestecken, Wäsche, Werkzeugen und Geräten jeder Art. Danach gehörte beispielsweise in den Krankenzimmern - neben einem Tisch - zu jeder Lagerstätte ein eisernes Bett, ein Nachttisch und ein hölzerner Stuhl. Für das Krankenbett war eine bestimmte Form nicht vorgeschrieben, so daß den Lazaretten auch die Beschaffung von Spezialbetten möglich war. Am Kopffende jedes Bettes befand sich eine Kopftafelstange, an der sich ein Haken zum Aufhängen der Krankenkleider und ein Haken für die Kopftafel befand, auf der Eintragungen über den Patienten (wie Name, Truppenteil, Religion, Tag des Zuganges, Kostform) gemacht

wurden. Zum Umstellen der Betten von schwerkranken Patienten waren mehrteilige Bettschirme vorgesehen und um Patienten in andere Zimmer fahren zu können, gab es Fahrgestelle.²⁸⁶

Die etatmäßige Wäsche und die etatmäßigen Kleidungsstücke beschränkten sich im wesentlichen auf die Ausstattung der Krankenbetten und der Betten für das Pflegepersonal mit Matratzen, Bettlaken, Wolldecken, Bettbezügen und die für den persönlichen Gebrauch von den Kranken, vom Pflege- und dem sonstigen Lazarettpersonal (Küchenpersonal, Heizer, usw.) benötigten Teile sowie auf die für die Operationsräume erforderliche Wäsche.²⁸⁷

Als Krankenkleidung war bis 1932 für jeden Kranken der Normalkrankenzahl zu bevorraten: je 2 Krankenhosen, 2 Krankenröcke, 3 Nachthemden, 2 Halstücher, 2 Paar Socken, 1 Paar Pantoffeln, 3 Handtücher, 1 1/2 Paar Unterhosen sowie für je 100 Kranke der Normalkrankenzahl 30 Unterjacken und für je 1-20 Kranke der Normalkrankenzahl 1 Flanellmantel.²⁸⁸

Für die Ermittlung des Bedarfs an Geräten und Wäsche wurden neben der Normalkrankenzahl und dem Personalbestand des Lazarettes Dauerzeiten (Tragezeiten) für die einzelnen Geräte/Wäsche-teile zugrunde gelegt, die für den Wäschebedarf unbedingte Geltung besaßen, bei den Geräten jedoch nur als Anhalt für die Überwachung des Wirtschaftsbetriebes galten.²⁸⁹

Mit Erlaß des Reichswehrministers vom 20.05.1932 - V 2 II c - wurde die Garnisongeäudeordnung II (H.Dv. 35a) durch einen "Geräteausstattungsplan für Lazarette im Heere und in der Marine - GG II 60 A -" ergänzt, der an die Stelle der Beilagen 36 und 37 der F.S.O. bzw. des seit 1902 gültigen "Etat an Hilfsmitteln für Krankenpflege" der M.S.O. trat.²⁹⁰ Die Festsetzung dieses Ausstattungsplanes hatte das Ziel, veraltete Einrichtungsgegenstände durch eine zeitgemäße Ausstattung zu ersetzen. Da Neubeschaffungen nur im Rahmen der verfügbaren Mittel durchgeführt werden konnten, mußten sich die Lazarette noch länger mit vorhandenen Einrichtungsgegenständen begnügen.

5.5 Personal, Innerer Dienstbetrieb

5.5.1 Allgemeines

In der Reichswehr waren die Lazarette selbständige militärische Dienststellen, die - anders als in der alten Armee²⁹¹ - von einem Chefarzt in jeder Hinsicht verantwortlich geleitet wurden.²⁹²

Die Ernennung der Chefärzte erfolgte durch die Heeres-Sanitätsinspektion bzw. Marine-Medizinalabteilung des Reichswehrministeriums, die für die Personalbearbeitung der Sanitätsoffiziere zuständig waren und dafür ein eigenes Personalreferat besaßen. Bei der Wahl des Chefarztes war die Anciennität maßgebend, sofern nicht besondere Gründe ein Abweichen bedingten (z.B. wenn in Standorten mit Gruppen-, Divisions- oder Marinestationskommandos ranghöhere Sanitätsoffiziere vorhanden waren). Der Chefarzt war daher als dienstältester Sanitätsoffizier im Heer in der Regel zugleich Führer der örtlichen Sanitätsstaffel und Standortarzt.²⁹³ Da die "Stärkenachweisungen der Kommandobehörden und Truppen des Reichsheeres" keinen Dienstposten mit dem Dienstgrad "Generaloberarzt" bei den Kommandobehörden und Truppen vorsahen²⁹⁴ und mithin "Generaloberärzte" - außer im Reichswehrministerium - nur in Heereslazaretten tätig waren, war es möglich, Name, Dienstgrad und Dauer der Tätigkeit der Chefärzte der Heereslazarette aus den vom Reichswehrministerium jährlich veröffentlichten "Ranglisten des Deutschen Reichsheeres"²⁹⁵ zu ermitteln; sie sind als Anhang Nr. 19 beigelegt. Die Namen, Dienstgrade und die Dauer der Tätigkeit der Chefärzte der Marinelazarette (Anhang Nr. 20) sind dagegen unmittelbar aus den jährlichen "Ranglisten der Deutschen Reichsmarine"²⁹⁶ entnommen. Auffällig ist, daß die Dienstgrade der Chefärzte nicht von einer bestimmten Lazarettgröße abhängig waren, von Stabsarzt bis Generalarzt (vgl. Anhang Nr. 20: Marinelazarett Kiel-Wik 1931) reichten und in den großen Lazaretten am Sitz eines Wehrkreiskommandos, neben einem Generaloberarzt als Chefarzt, häufig ein weiterer Sanitäts-offizier mit gleichem Dienstgrad vorhanden war.

Für die Unterstellung galt folgende Regelung:

Die Chefärzte der Reichswehrlazarette waren in militärischer Hinsicht (Standortangelegenheiten) dem jeweiligen Standortältesten bzw. örtlichen Kommandanten, in bezug auf den Sanitätsdienst und die disziplinare Ahndung sanitätsdienstlicher Verfehlungen im Heer dem Wehrkreisarzt, in der Marine dem Chef des Sanitätsamtes unterstellt. Nur die Standortlazarette Berlin und Kassel sowie die Marinelazarette Kiel-Wik und Wilhelmshaven unterstanden den örtlichen Gruppen- bzw. Stationskommandos unmittelbar.²⁹⁷

Zu den Aufgaben der Chefärzte gehörte es, den Befehl über das Lazarett zu führen und den gesamten Dienstbetrieb zu leiten. Sie trugen insbesondere die volle Verantwortung dafür, daß das Lazarett den an eine Krankenanstalt zu stellenden Anforderungen entsprach und der Lazarettgesundheitsdienst, der ärztliche und pflegerische Krankendienst, die Ausbildung in der Sanitätsschule, der Verwaltungs- und Wirtschaftsdienst sowie die Erhaltung der Lazarettanlage und des baulichen Zustandes bestimmungsgemäß durchgeführt wurden.²⁹⁸ In kleineren Lazaretten oblag dem Chefarzt daneben die Leitung einer Krankenabteilung oder des gesamten Krankendienstes. Das galt ebenfalls in größeren Lazaretten bei Mangel oder Abwesenheit von Leitenden Ärzten oder beim Fehlen eines Facharztes, wenn der Chefarzt selbst Facharzt war.²⁹⁹

Der Chefarzt hatte folgende Befugnisse:

Er war Vorgesetzter des gesamten, zum Lazarett ständig gehörenden oder vorübergehend dazu kommandierten militärischen und zivilen Personals und aller Kranken, die sich zur Behandlung im Lazarett befanden. Waren die Kranken im Dienstgrad höher oder dienstlich älter als der Chefarzt, so erstreckte sich seine Befehlsbefugnis nur auf Anordnungen, die die ärztliche Behandlung und die Lazarettordnung betrafen.³⁰⁰

Er besaß Disziplinarstrafgewalt bei Disziplinarübertretungen nicht nur über die Leitenden Ärzte der Abteilungen, deren unmittelbarer Disziplinarvorgesetzter er war,³⁰¹ sondern auch über das gesamte militärische Sanitätspersonal seines Dienstbereiches und über die

übrigen ihm unterstellten Soldaten (z.B. das zu den Sanitätsgruppen der Marinelazarette gehörende Personal) sowie über alle Kranken, die in das Lazarett aufgenommen waren. Jeder Chefarzt hatte auf Grund seiner Dienststellung die Disziplinargewalt eines Bataillonskommandeurs, einerlei ob er Stabsarzt, Oberstabsarzt, Generaloberarzt oder Generalarzt war.³⁰² Er konnte somit

- gegen Mannschaften: Verweise, Dienstverrichtungen außer der Reihe, Besoldungsverwaltung auf die Dauer von zwei Monaten (nur gegen Unverheiratete), Ausgangsbeschränkung und Arreststrafen bis zur Dauer von vier Wochen;
- gegen Unteroffiziere ohne Portepée: einfache und strenge Verweise, Dienstverrichtungen außer der Reihe, Ausgangsbeschränkung sowie Arreststrafen bis zu vier Wochen;
- gegen Unteroffiziere mit Portepée: einfache oder strenge Verweise sowie Arreststrafen bis zu vier Wochen und
- gegen Offiziere: einfache und strenge Verweise sowie Stubenarrest bis zu 5 Tagen

verhängen.³⁰³ Dabei war die Disziplinarbefugnis gegenüber Offizieren, die sich als Kranke im Lazarett befanden und mithin weder kommandiert noch versetzt waren, dahin eingeschränkt, daß sich der Verstoß gegen die Hausordnung (siehe Anhang Nr. 21), gegen die ärztliche Behandlung oder gegen das dienstliche Ansehen der Sanitätsoffiziere richten mußte und die Kranken im Dienst-rang oder im Dienstalder nicht über dem Chefarzt standen.³⁰⁴

Zu den Befugnissen des Chefarztes gehörte es auch, den als Kranke in das Lazarett aufgenommenen Soldaten in besonders begründeten, dringenden, unaufschiebbaren Familienangelegenheiten Sonderurlaub bis zu 14 Tagen oder Tages- (Sonntags-) und Nachturlaub zu gewähren.³⁰⁵

Bei militärischen Beschwerden war der Chefarzt gemäß Ziffer 15 der Beschwerdeordnung für die Angehörigen der Wehrmacht (B.O.) vom 15. November 1921³⁰⁶ für die förmliche Entscheidung der Beschwerden zuständig, wenn sich der Gegenstand der Beschwerde gegen die Handlung eines Beklagten richtete, dessen unmittel-

barer Disziplinarvorgesetzter der Chefarzt war. Sofern für die Beschwerdeentscheidung eine andere Stelle zuständig war oder es sich um eine weitere Beschwerde gegen die Beschwerdeentscheidung des Chefarztes handelte, war die Beschwerde/weitere Beschwerde vom Stammpersonal und den sich als Kranke in Heeres- oder Marinelazaretten befindlichen Beschwerdeführern durch Einbringung beim Chefarzt einzuleiten.³⁰⁷

Die Regelung der Arbeitszeit in den Lazaretten fiel ebenfalls in die Zuständigkeit des Chefarztes:

Das Pflegepersonal durfte nach der Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegenanstalten vom 13. Februar 1924 in der Woche (einschließlich der Sonn- und Feiertage) bis zu 60 Stunden, die Pausen nicht eingerechnet, beschäftigt werden. Dabei sollte die tägliche Arbeitszeit in der Regel 10 Stunden nicht überschreiten und mit angemessenen Pausen unterbrochen sein. Durch einen Erlass des Reichswehrministeriums vom 19.3.1924 wurde dazu ergänzend angeordnet, daß die Arbeitszeit für die Arbeiter in Reichswehrlazaretten außerhalb Berlins 9 Stunden täglich oder 54 Stunden in der Woche, für jeden Arbeiter in Berlin 8 1/2 Stunden täglich oder 51 Stunden in der Woche - ausschließlich der Pausen - nicht überschreiten sollte. Außerdem wurde bestimmt, daß die Verteilung der Arbeitszeit und der Pausen sowie der wöchentlichen Freizeiten durch den Chefarzt unter Berücksichtigung der örtlichen Umstände und Eigentümlichkeiten nach Anhörung der Leitenden Ärzte und der Betriebsvertretung zu regeln war.³⁰⁸

Die Arbeitszeit in den Geschäftszimmern war unter Berücksichtigung truppendienstlicher Interessen zu regeln. Sie sollte für Angestellte 10 Stunden täglich regelmäßig nicht überschreiten.³⁰⁹

Außerdem hatte der Chefarzt die notwendigen Maßnahmen zu treffen, die ein militärischer Dienst und der Schutz der Lazaretanlage vor mutwilligen Beschädigungen, vor Diebstahl und Feuersgefahr erforderten, die die Ordnung und Sauberkeit im Lazarett gewährleisteten und die Bewachung kranker Arrestanten sicherzustellen hatten. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben wurden

vom Chefarzt je nach der Größe des Lazaretts ein oder mehrere, möglichst unverheiratete und ältere Sanitätsunteroffiziere als Polizeiunteroffiziere kommandiert. Zu den Aufgaben dieser Polizeiunteroffiziere gehörte es, von einem Dienstzimmer am Lazarett-
eingang aus ständig den Eingang des Lazaretts zu bewachen, nur berechtigten Personen den Zutritt zum Lazarett zu gestatten, Auskünfte insbesondere den Besuchern zu erteilen und die Erlaubnisscheine des Sanitäts- und Zivilpersonals sowie der Kranken beim Betreten und Verlassen des Lazaretts zu prüfen. Darüber hinaus hatten die Polizeiunteroffiziere die Einhaltung der Lazarettordnung und sonstiger Anordnungen des Chefarztes, dem sie unmittelbar unterstellt waren, auf ihren Rundgängen zu kontrollieren.³¹⁰

Da die Reichswehrlazarette grundsätzlich nicht zu den Einrichtungen gehörten, die militärisch bewacht wurden (militärische Bewachung erfolgte nur unter besonderen Umständen durch Wachposten, die der Chefarzt beim Standortältesten bzw. örtlichen Kommandanten anzufordern hatte³¹¹), waren die Polizeiunteroffiziere nicht als Wachmannschaften anzusehen und hatten nicht die Befugnisse von Wachpersonal. Sie standen somit zu Wehrmachtsangehörigen gleichen oder höheren Ranges in keinem Vorgesetztenverhältnis. Bei festgestellten Dienstwidrigkeiten hatten sie daher, wenn zur Abstellung die eigene Autorität nicht ausreichte, dem Lazarettfeldwebel, wachhabenden Arzt oder Chefarzt Meldung zu machen.

In kleineren Lazaretten wurde der Dienst als Polizeiunteroffizier vom Rechnungsführer mit wahrgenommen.³¹² Bei Mangel an Sanitätsunteroffizieren wurden aber auch Arbeiter als Pfortner eingestellt.³¹³

5.5.2 Der ärztliche Krankendienst

In den Reichswehrlazaretten wurden die Kranken nicht nach ihrer Zugehörigkeit zu Truppenteilen sondern nach der Art ihrer Erkrankung in "Krankenstationen" zusammengelegt. Die Krankenstationen

der Lazarette wurden infolge gemeinsamer Herausgabe der Reichswehr-Sanitätsvorschrift für Heer und Marine ab 1. Januar 1932 in "Krankenabteilungen" umbenannt.³¹⁴

Jede Krankenstation/Krankenabteilung bildete hinsichtlich des ärztlichen und Pflegepersonals und des inneren Dienstbetriebes eine weitgehend selbständige Teileinheit. Ihr wurde das erforderliche Hilfspersonal (ein oder zwei Ärzte, ein Stations-/Abteilungsaufseher, Sanitätsunteroffiziere, -gefreite und -soldaten nach Bedarf und eine, höchstens zwei Krankenpflegerinnen) vom Chefarzt zugewiesen.³¹⁵

Mit der Umbenennung der Krankenstationen in Krankenabteilungen zum 1. Januar 1932 waren vom gleichen Zeitpunkt ab einheitlich im Heer und in der Marine die Krankenabteilungen - in Abänderung der bislang gemäß § 73 Friedens-Sanitäts-Ordnung verbindlichen Stationsbezeichnungen³¹⁶ - wie folgt zu bezeichnen:³¹⁷

- Abt. I. Für innerlich Kranke (einschl. Absonderungskranke),
- Abt. II. Für chirurgische Kranke,
- Abt. III. Für Haut- und Geschlechtskranke,
- Abt. IV. Für Augenkranke,
- Abt. V. Für Hals-, Nasen- Ohrenkranke,
- Abt. VI. Für Nerven- und Geisteskranke.

Inwieweit und ob überhaupt in den sehr unterschiedlich großen Lazaretten (vgl. Tabelle 5) bestimmte Krankenabteilungen eingerichtet wurden, entschied auf Antrag des Chefarztes der Wehrkreisarzt bzw. das Sanitätsamt der Marinestationen. Sie entschieden auch, ob umfangreiche Krankenabteilungen (das waren in den großen Lazaretten meistens die Abteilungen I, II und III) zu teilen und mehreren Leitenden Ärzten zu unterstellen oder umgekehrt mehrere kleine Krankenabteilungen unter einem Leitenden Arzt zu vereinigen waren. Verfügte ein Lazarett nur über eine ("gemischte") Abteilung, so wurden die Kranken möglichst nach Krankheitsgruppen getrennt.³¹⁸ Sämtliche Krankenabteilungen waren im allgemeinen nur in den großen Lazaretten am Sitz eines Wehrkreis-/Stationskommandos vorhanden.

Den Stationen/Abteilungen wurden die Krankenzimmer vom Chefarzt nach Bedarf und Verfügbarkeit zugewiesen.³¹⁹ In der Reichswehr war daher die Größe der einzelnen Stationen/Abteilungen von Lazarett zu Lazarett unterschiedlich; sie umfaßten oft nur einzelne Räume. Fest standen nur die Gesamtbettenzahl des Lazaretts gemäß Lazarettplan und die Belegungszahl der Krankenzimmer gemäß Belegungs- und Benutzungsplan (§ 166,3 F.S.O.), die nicht überschritten werden durften. Laufende Veränderungen ergaben sich auch dadurch, daß bei den Krankenzimmern eine ununterbrochene Belegung nicht erfolgen sollte: Der Chefarzt hatte zur Erhaltung der Gebäude ausdrücklich dafür zu sorgen, daß ein Leerstehen bzw. Ungeheiztbleiben einzelner Zimmer oder ganzer Gebäudeteile sich nicht über einen längeren Zeitraum bzw. den ganzen Winter erstreckte und dementsprechend zu veranlassen, daß ein Wechsel beim Belegen und Nichtbelegen, Heizen und Nichtheizen der Zimmer möglichst regelmäßig und in kürzeren Zeitabständen durchgeführt wurde.³²⁰ Dazu war in jedem Krankenzimmer neben dem Geräteverzeichnis eine Tafel aufgehängt, die über die Belegungszeiten Auskunft gab.³²¹

Die Leitung erfolgte durch einen Sanitätsoffizier, der bei Aufstellung der Reichswehr zunächst die überkommene Bezeichnung "Ordinierender Sanitätsoffizier der Krankenstation", ab 1.1.1932 die Bezeichnung "Leitender Sanitätsoffizier der Krankenabteilung" führte,³²² und "Spezialist" seines Faches (Facharzt) war.

Die Leitenden Ärzte der Krankenabteilungen wurden beim Heer vom Standortarzt aus dem Kreis der Sanitätsoffiziere der örtlichen Sanitätsstaffel bestimmt, bei der Marine dagegen vom Reichswehrministerium ernannt.³²³

Sie hatten im allgemeinen den Dienstgrad Stabsarzt/Marinestabsarzt, Oberstabsarzt/Marineoberstabsarzt oder Generaloberarzt/Marinegeneraloberarzt. Ausnahmsweise konnte auch ein Vertrags- oder älterer Hilfsarzt (Ober-/Oberassistentz-, Assistenz- oder approbierter Unterarzt) eine Krankenstation als Ordinierender erhalten bzw. eine Krankenabteilung verantwortlich leiten.³²⁴ Ober- und Assistenzärzte wurden ebenfalls mit der selbständigen

Leitung einer Lazarettabteilung betraut (vgl. Anhang Nr. 19: Lazarettabteilung Küstrin).

Die Ordinierenden/Leitenden Ärzte wurden, wie sämtliche anderen Sanitätsoffiziere der Lazarette, neben ihrem Lazarettendienst auch zum ärztlichen Dienst bei den Truppen- und Marineteilen herangezogen. Nur bei den Leitenden Ärzten größerer Krankenabteilungen wurden solche Doppelverwendungen möglichst vermieden. Allerdings war es in der Reichswehr üblich, auch diese Leitenden Ärzte, unter Entbindung von ihren Aufgaben im Lazarett, vorübergehend truppenärztlichen Dienst, z.B. bei Truppenübungen, leisten zu lassen.³²⁵

Da der Chefarzt unmittelbarer Disziplinarvorgesetzter der Leitenden Ärzte war, hatten sie alle Gesuche, Meldungen, Anträge, Berichte usw. in persönlichen oder dienstlichen Angelegenheiten bei ihm einzureichen und seine Anordnungen zu befolgen.³²⁶ Andererseits war der Chefarzt verpflichtet, den Leitenden Sanitätsoffizieren, sobald diese es wünschten, mit seinem ärztlichen Rat zur Seite zu stehen.³²⁷

In der Krankenbehandlung waren die Ordinierenden/Leitenden Ärzte völlig selbständig und hatten allein die Verantwortung für alle Maßnahmen zu tragen, die sie in Bezug auf den einzelnen Krankheitsfall getroffen hatten.³²⁸ Dementsprechend waren sie für den Krankendienst in ihrer Abteilung verantwortlich und damit insbesondere für die Verteilung der Kranken auf die einzelnen Stuben und ihre Betreuung, die Behandlung und Pflege, die Verordnung der Krankenkost, die Führung der Krankenblätter und ärztliche Benachrichtigungen, die Ausbildung und Erziehung des Krankenpflegepersonals sowie den tadellosen Zustand der Abteilung, einschließlich des Zustandes und der Vollzähligkeit der Ausstattung an ärztlichen Geräten und Instrumenten, zuständig.

Der Dienst der Ordinierenden/Leitenden Sanitätsoffiziere begann an jedem Vormittag meist um 9 Uhr mit einem Hauptkrankenbesuch,

der regelmäßig auf alle Kranken auszudehnen war und während dessen eine eingehende Untersuchung der zugegangenen Kranken und die Festlegung des Aufnahmebefundes stattfand. Nachmittags und bei Bedarf fand ein erneuter Krankenbesuch bei den Schwerkranken und neu aufgenommenen Kranken, zumeist durch den assistierenden Sanitätsoffizier/Hilfsarzt, statt.³²⁹

Beim Hauptkrankenbesuch wurden alle nötigen Verordnungen über therapeutische Maßnahmen und Hilfeleistungen, über Arzneien, Verbandmittel und die Beköstigungsform festgelegt.³³⁰

Die verordneten Arznei- und Verbandmittel wurden dabei nicht nur in die Fieberkurve, sondern auch unter Angabe von Dienstgrad und Name des Patienten in ein Arzneiverordnungsbuch bzw. Verbandmittelverordnungsbuch eingetragen. Diese wurden, nachdem die Eintragungen um die für den laufenden Stationsbedarf erforderlichen Mittel ergänzt und vom Stations-/Abteilungsarzt oder seinem Vertreter unterschrieben worden waren, anschließend durch Sanitätsmannschaften in die Lazarettapotheke bzw. die Arznei- und Verbandmittelanstalt gebracht, damit die notwendigen Arzneien ggf. noch am Vormittag angefertigt werden konnten.³³¹

Verlegungen eines Kranken auf eine andere Krankenabteilung veranlaßten die Leitenden Ärzte in unmittelbarer Absprache. Nur in strittigen Fällen entschied der Chefarzt.³³²

Der Chefarzt war berechtigt, bei Abwesenheit des Ordinierenden/Leitenden Sanitätsoffiziers auch solche Anordnungen zu treffen, welche in dessen Befugnisse eingriffen, sofern in dringenden Fällen diese Anordnungen keinen Aufschub duldeten. Er hatte aber den Ordinierenden/Leitenden Arzt bei dessen nächsten Krankenbesuch davon zu benachrichtigen.³³³

Die Ordinierenden/Leitenden Ärzte hatten den Chefarzt über schwere und eigenartige Erkrankungen auf dem laufenden zu halten. Sie hatten ihm zudem schriftlich zu melden,

- wenn eine erhebliche Operation vorgenommen werden sollte (dabei war anzugeben, daß die notwendige Operationseinswilligung vorlag),

- wenn ein Patient mit einer ansteckenden Krankheit aufgenommen oder eine solche bei einem in Behandlung befindlichen Kranken festgestellt oder vermutet wurde,
- wenn die Wiederherstellung der Dienstfähigkeit eines Kranken nicht innerhalb Jahresfrist zu erwarten war,
- wenn aus den Äußerungen oder anderen Umständen hervorging, daß das Leiden durch eine Wehrdienstbeschädigung verursacht sein konnte,
- wenn begründeter Verdacht auf das Vorliegen einer Geisteskrankheit, Selbstbeschädigung oder Vortäuschung einer Krankheit vorlag,
- wenn die Behandlung eines Passanten länger als zwei Monate dauerte,
- wenn ein Kranker den Besuch eines Seelsorgers wünschte,
- wenn ein Schwerkranker aufgenommen wurde, sich ein Leiden bedenklich verschlimmerte oder ein Kranker verstarb,
- wenn Untersuchungs- oder Strafgefangene ohne Aufhebung der Untersuchungs- oder Straftat in das Lazarett aufgenommen wurden.³³⁴

Außerdem waren Krankenwachen beim Chefarzt zu beantragen. Auch hier konnten aber in dringenden Fällen die Leitenden Ärzte oder der wachhabende Arzt (siehe Seite 102) das Erforderliche von sich aus, unter nachträglicher Meldung an den Chefarzt, veranlassen.³³⁵

Zur Unterstützung der Ordinierenden/Leitenden Ärzte wurden den Lazaretten Hilfsärzte im Dienstgrad Ober-/Oberassistenten-, Assistenten- oder Unterarzt - beim Heer durch den Standortarzt aus der Sanitätsstaffel, bei der Marine vom Reichswehrministerium - zugeteilt. Ihre Zahl war von der Größe des Lazaretts und der Abkömmlichkeit im Truppsanitätsdienst abhängig und schwankte zwischen einem und mehreren Sanitätsoffizieren je Station/Abteilung. Die Verteilung der Hilfsärzte auf die Stationen/Abteilungen erfolgte grundsätzlich durch den Chefarzt, der auch bei Erkrankung, Urlaub oder sonstiger Abwesenheit die Vertretung zu regeln hatte.³³⁶

Die Hilfsärzte wurden als assistierende und als wachhabende Ärzte eingesetzt:

Als assistierende Sanitätsoffiziere der Krankenstation/Abteilung unterstanden sie zunächst dem Ordinierenden/Leitenden Arzt, dann dem Chefarzt. Ihre Aufgaben leiteten sich dabei im wesentlichen aus dem ab, was über die Tätigkeit der Ordinierenden/Leitenden Ärzte ausgeführt wurde und lagen hauptsächlich auf dem praktischen Gebiet. So hatten sie sich vor dem täglichen Hauptkrankenbesuch durch einen Vorbesuch über den Zustand jedes einzelnen Kranken und seine Beschwerden eingehend zu unterrichten, um dem Ordinierenden zu berichten und jede gewünschte Auskunft geben zu können. Sie erhoben die Vorgeschichte und den Befund, machten die erforderlichen Eintragungen in das Krankenblatt, notierten die Anordnungen und sorgten für deren Ausführung, führten die erforderlichen diagnostischen (einschließlich der klinisch-chemischen und mikroskopischen) Untersuchungen durch, überwachten die Verabfolgung der Krankenkost, der verordneten Arzneien sowie der therapeutischen Maßnahmen und beaufsichtigten das Pflegepersonal. Sie besuchten zudem regelmäßig nachmittags ab 16 Uhr, wenn nötig auch noch zu anderer Zeit, die Kranken. Darüberhinaus wirkten sie an der Krankenbehandlung nach den Weisungen des Ordinierenden/Leitenden Arztes mit und veranlaßten in dringenden Fällen und bei seiner Abwesenheit das Nötige.³³⁷

Als wachhabende Ärzte waren sie dem Chefarzt für die Dauer des jeweils 24-stündigen Wachdienstes unmittelbar unterstellt. Der Dienst umfaßte dabei folgende Aufgaben:

- die Aufnahme der Kranken in das Lazarett und ihre Einweisung auf die Fachabteilung,
- die erste ärztliche Versorgung, die Anordnung der notwendigen Krankenpflege und Form der Krankenkost, falls der zuständige Leitende Arzt oder sein Vertreter (Hilfsarzt) nicht anwesend waren; bei schweren Erkrankungen mußte der zuständige Leitende Arzt umgehend benachrichtigt werden,

- die Durchführung der von den Krankenabteilungen angeforderten Abend- und Nachtbesuche bei den Kranken,
- die Beaufsichtigung des Krankenwachdienstes im Lazarett, insbesondere durch unregelmäßig und unvermutet vom Chefarzt angesetzte Rundgänge und Prüfungen der Nachtwachen,
- die Sorge für Ruhe und Ordnung im Lazarett, nachdem die Leitenden Ärzte und die Hilfsärzte ihre Abteilung verlassen haben.³³⁸

Unterärzte ohne Approbation versahen den Wachdienst unter der Verantwortung eines approbierten Arztes. War nur ein Hilfsarzt vorhanden, so wechselte der Wachdienst regelmäßig zwischen diesem und allen anderen beim Lazarett tätigen Sanitätsoffizieren. In kleineren Lazaretten bis 100 Betten nahm auch der Chefarzt am Wachdienst teil, wenn Hilfsärzte fehlten.³³⁹

Die zum Wachdienst eingeteilten Hilfsärzte mußten im Lazarett dauernd anwesend sein, soweit sie unverheiratet waren. Verheiratete Sanitätsoffiziere konnten vom Wohnen im Lazarett entbunden werden, wenn sie jederzeit im Sinne einer Rufbereitschaft erreichbar waren.³⁴⁰

Der Chefarzt, der im Heer, wie bereits ausgeführt, zugleich Standortarzt und Führer der örtlichen Sanitätsstaffel war, versammelte wöchentlich einmal sämtliche im Lazarett tätigen und auf das Lazarett angewiesenen Sanitätsoffiziere zur gemeinsamen Besprechung von Lazarettangelegenheiten.³⁴¹ Dadurch wurde in der Reichswehr zweifellos ein hohes Maß an Information, Motivation und Koordination bei den Sanitätsoffizieren erreicht.

Für die Fortbildung der Sanitätsoffiziere und der Heeres- und Marineapotheker waren in allen Reichswehrlazaretten allgemeinmedizinische und fachwissenschaftliche Büchereien vorhanden. Sie wurden nach den Richtlinien für die Verwaltung von Truppenbüchereien durch einen vom Chefarzt beauftragten Sanitätsoffizier verwaltet. Ihre Unterhaltung und Ergänzung erfolgte durch Haushaltsmittel, die den Wehrkreisärzten durch die Wehrkreisverwal-

tungsämter, den Sanitätsämtern unmittelbar vom Reichswehrministerium zugewiesen wurden. Zeitschriften, die von den Wehrkreisärzten oder den Sanitätsämtern für die Sanitätsoffiziere und die Apotheker gehalten und in Umlauf gegeben wurden, wurden nach Abschluß des Umlaufs einem Lazarett zugewiesen, gebunden und in die Bücherei einverleibt. Geschenke durften von den Lazarettbüchereien nur mit Genehmigung des Wehrkreisarztes bzw. des Sanitätsamtes angenommen werden.

Die ärztlich wissenschaftlichen Büchereien standen nicht nur den Lazarettangehörigen zur Verfügung. Bücher konnten von allen Sanitätsoffizieren des Standortes und auch von auswärtigen Sanitätsoffizieren ausgeliehen werden.³⁴²

Die Fortbildung der in den Lazaretten tätigen Sanitätsoffiziere erfolgte darüberhinaus, wie Grunwald in seinen "Studien zum militärärztlichen Ausbildungswesen in Deutschland 1919 - 1945" im einzelnen ausgeführt hat³⁴³, durch regelmäßige Teilnahme an Kursen, in denen die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf allen medizinischen Gebieten dargestellt wurden, durch Teilnahme an Kongressen und durch einjährige Kommandos zu zivilen Kliniken.

5.5.3 Der Krankenpflegedienst

Das Krankenpflegepersonal in den Reichswehrlazaretten bestand ganz überwiegend aus Sanitätsunteroffizieren und -mannschaften, in geringem Umfang auch aus Krankenpflegerinnen.

Die Aufgaben des im Krankenpflegedienst eingesetzten Personals erstreckten sich, wie aus dem Unterrichtsbuch für Sanitätsunteroffiziere und -mannschaften (U.f.S.)³⁴⁴ und dem vom Reichswehrministerium veröffentlichten Sanitätsberichten³⁴⁵ ersichtlich ist, auf

- die Unterbringung, die Beobachtung des Verhaltens und Befindens der Kranken einschließlich der Unterrichtung der Ärzte,

- die Wartung und Pflege der Kranken, insbesondere die Sorge für ihre körperlichen Bedürfnisse und die Erleichterung ihrer Leiden durch Hilfeleistungen aller Art,
- die Ausführung ärztlicher Verordnungen,
- die Hilfeleistung bei ärztlichen Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen samt Hilfe bei Röntgenuntersuchungen,
- die Mitwirkung bei der Ernährung der Kranken,
- die Sonderpflege
 - + bei inneren Erkrankungen und Infektionskrankheiten,
 - + in chirurgischen Abteilungen, im Operationssaal und im Gipszimmer,
 - + bei Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - + in Augenabteilungen,
 - + in Hals-, Nasen- Ohrenabteilungen,
 - + bei Nerven- und Geisteskranken,
 - + bei Frauenkrankheiten, in der Wochen- und Säuglingspflege (im Rahmen der Heilfürsorge für Familienangehörige), und
- Krankenwachen.

Krankenpflegerinnen hatten vor allem die Pflege schwerverletzter und schwerkranker Soldaten zu übernehmen. Daneben wurden sie zur Pflege lazarettkranker Soldatenfrauen und Kinder und zur Hilfeleistung bei der ambulanten Behandlung der Familienangehörigen eingesetzt. Die Beschäftigung im Küchen- und Wäschereibetrieb, die Mitarbeit beim Ausbessern von Krankenwäsche, Hilfeleistung bei leichten Reinigungsarbeiten auf den Krankenstuben usw. konnten den Krankenpflegerinnen vom Chefarzt übertragen werden, wenn es ihr Dienst zuließ und auf sie kein Zwang ausgeübt wurde.³⁴⁶

Es handelte sich bei den Krankenpflegerinnen sowohl um freie Krankenschwestern als auch um Schwestern aus Mutterhäusern und geistlichen Orden. Sie wurden vom Lazarett ausgewählt und erhielten Bezahlung, Urlaub und Sachbezüge (Unterkunft, Verpflegung, Heizung, Bekleidung) nach dem "Tarifvertrag für die Krankenschwestern in den Krankenanstalten des Reichs".³⁴⁷

Die Anzahl des im Krankenpflegedienst eingesetzten Personals richtete sich nach dem Bedarf und den Unterstützungsmöglichkeiten der örtlichen Heeres-Sanitätsstaffel bzw. der den Marinelazaretten unterstellten Sanitätsgruppen. Sie war vom Umfang und den Besonderheiten des Lazaretts, wie der Aufgabenstellung einzelner Fachabteilungen und dem Vorhandensein einer Sanitätsschule, abhängig. Die Personalausstattung schwankte somit von Lazarett zu Lazarett. Die Verteilung des Krankenpflegpersonals auf die Stationen/Abteilungen verfügte der Chefarzt nach seinem Ermessen.³⁴⁸

Für die Unterstellung des Krankenpflegepersonals galt:

Das zivile Krankenpflegepersonal hatte allen auf den Dienst bezogenen Weisungen des Chefarztes und der Ordinierenden/Leitenden Ärzte der Abteilungen, denen es zugeteilt war, zu folgen und die für das Lazarett gültigen Anordnungen und Vorschriften zu beachten. Beschwerden über das Lazarettpersonal oder über die Kranken ihrer Station/Abteilung hatten die Krankenpflegerinnen an den Ordinierenden/Leitenden Arzt ihrer Abteilung, in anderen Fällen an den Chefarzt zu richten.³⁴⁹

Das militärische Krankenpflegepersonal unterstand in jeder Hinsicht dem Chefarzt und den Sanitätsoffizieren. Entsprechend dem zweistufigen inneren Aufbau des Lazarettbetriebes führte in der ersten Stufe bei jeder Station/Abteilung der dienstälteste Sanitätsunteroffizier unter der Bezeichnung "Stations- bzw. Abteilungsaufseher" die Aufsicht über das der Station/Abteilung zugewiesene militärische Krankenpflegepersonal und die Kranken.³⁵⁰ Seine Aufgaben und Befugnisse sind im einzelnen aus der als Anhang Nr. 22 beigefügten Dienstanweisung ersichtlich.

In der zweiten Stufe, und damit für den Lazarettbetrieb als Ganzes, führte der dienstälteste Sanitätsdienstgrad des Lazaretts unter der Bezeichnung "Lazarettfeldwebel" die Aufsicht über das militärische Sanitätspersonal und die Kranken. In größeren Lazaretten hatte dieser den höchsten von einem Unteroffizier erreichbaren Dienstgrad "Truppendiensttuender Sanitätsoberfeldwebel".³⁵¹ Seine Dienstanweisung ist als Anhang Nr. 23 beigefügt.

Zur Unterstützung des Krankenpflegepersonals gab es in jedem Lazarett mehrere Arbeiter, die - meist ohne jede Vorbildung³⁵² - im sog. Krankenwartedienst eingesetzt waren. Die Aufgaben dieser zivilen Krankenwärter umfaßten neben Hilfeleistungen bei der Wartung und Pflege sowie beim Transport von Kranken vor allem Reinigungs- und Aufräumarbeiten auf den Krankenstationen/Abteilungen, die Säuberung des Geschirrs, das Transportieren und Verteilen von Speisen und Getränken und die Wäscheversorgung. Dafür war im allgemeinen je 20 Krankenbetten 1 Wärter zuständig.³⁵³

Oberster Vorgesetzter der Krankenwärter war der Chefarzt. Daneben hatten die Krankenwärter in Bezug auf den wirtschaftlichen Dienst den Anordnungen der Verwaltungsbeamten, bezüglich des Krankenwartedienstes auf den Stationen/Abteilungen den Anordnungen des Ordinierenden/Leitenden Arztes Folge zu leisten.³⁵⁴

5.5.4 Die Kranken

Die Entscheidung über die Aufnahme eines Kranken in ein Lazarett traf im Regelfall der in den Truppenkrankenstuben/Revieren als Truppenarzt eingesetzte Sanitätsoffizier oder Vertragsarzt. Die von ihm zur Lazarettbehandlung bestimmten Soldaten wurden dorthin vom Truppen- oder Marineteil, von ihrer Behörde oder vom Schiffskommando überwiesen. Diese Dienststellen hatten auch alle während des Lazarettaufenthalts im Dienstverhältnis des Soldaten eintretenden Änderungen, wie Beförderungen oder Versetzungen, dem Lazarett sofort mitzuteilen.³⁵⁵

Plötzlich erkrankte oder verunglückte Soldaten des Standortes und während des Urlaubs oder auf Dienstreisen/Kommandos erkrankte Soldaten konnten auch unmittelbar, d.h. ohne Überweisungsschein in das Lazarett aufgenommen werden. Das Lazarett benachrichtigte dann unverzüglich, ggf. telefonisch oder durch Fernschreiben, die Dienststelle und den zuständigen Truppenarzt des aufgenommenen Soldaten.³⁵⁶

Die Lazarettaufnahme erfolgte in der Regel nach dem Mittagessen zwischen 14 und 16 Uhr, sofern der Zustand eines Kranken keine sofortige Lazarettbehandlung erforderte und z.B. kein hohes Fieber und keine schmerzhaftes Erkrankung vorlag. In die Lazarette anderer Standorte wurden die Kranken ebenfalls möglichst erst nach dem Mittagessen gesandt. Der Bestimmungsort sollte jedoch grundsätzlich am gleichen Tag erreicht werden.³⁵⁷

Gefähige Kranke begaben sich allein ins Lazarett. Sie wurden durch einen Unteroffizier oder Gefreiten nur dann begleitet, wenn es der einweisende Arzt oder der Truppen-/Marineteil für erforderlich hielten.

Nicht gefähige Kranke wurden mit Krankenwagen/Krankenkraftwagen, Fahrzeugen der Truppe oder öffentlichen Verkehrsmitteln unter Aufsicht eines Sanitätsdienstgrades ins Lazarett gebracht.

In das Lazarett mitzubringende Gegenstände hatten sich - sofern die Kranken nicht zur Selbsteinkleidung verpflichtet waren - auf dienstliche Bekleidungs- und Ausrüstungsstücke zu beschränken. Kranke von Schiffen hatten dabei ihre gesamten im Kleidersack verpackten Sachen, Kranke von Truppenteilen oder Marineteilen an Land nur eine vollständige Uniform mit Mantel mitzunehmen. Privateigentum durfte nur für den dringendsten Bedarf mitgenommen werden (z.B. Seife, Kamm, Zahnbürste, kleiner Spiegel, Haarbürste).³⁵⁹

Neben den vorgeschriebenen Bekleidungs- und Ausrüstungsstücken waren jedem Kranken ein vom Arzt auszustellender Überweisungsschein und ein vom Truppen-/Marineteil auszustellender Lazarettsschein mitzugeben.³⁶⁰ Der Lazarettsschein diente dabei der Übermittlung von Angaben zur Person sowie von ärztlichen und verwaltungsmäßigen Mitteilungen zwischen Truppe und Lazarett und umgekehrt. Er war bei der ersten Lazarettaufnahme sorgfältig auszufüllen und vor jeder neuen Lazarettaufnahme hinsichtlich der Richtigkeit der Angaben über die Person zu überprüfen und ggf. zu berichtigen. Nach der Entlassung aus dem Lazarett war

der Schein vom Truppen-/Marineteil dem zuständigen Truppenarzt unverzüglich zuzuleiten.³⁶¹ Ein Muster des Lazarettscheins in der für das Reichsheer ab 1. April 1927 verbindlichen Form³⁶² ist im Hinblick auf die Art der damals übermittelten Daten als Anhang Nr. 24 beigelegt.

Fahr- und Gepäckbeförderungskosten, die dem Kranken durch die Überweisung in ein Lazarett oder durch die Entlassung aus einem Lazarett oder durch die Verlegung von einem Lazarett in ein anderes Lazarett entstanden, wurden in jedem Fall aus der Reichskasse erstattet. Das galt auch für Überweisungen in ein Zivilkrankenhaus, in eine Lazarettabteilung oder in eine erweiterte Truppenkrankenstube eines anderen Truppenteils.

Tagegelder für Reisen zur Aufnahme in auswärtige Lazarette oder an ihrer Stelle in Anspruch genommene Heilanstalten sowie zum Antritt von genehmigten Badekuren wurden dagegen nur gewährt, wenn die notwendige Reisedauer bis zum Reiseziel 8 Stunden überschritt. Übernachtungsgeld durfte nur gezahlt werden, wenn der Reiseweg das Unterbrechen der Reise zum Übernachten erforderlich machte.³⁶³

Der Aufenthalt des Kranken im Lazarett begann, sofern es sein Zustand gestattete und keine Infektionskrankheit vorlag, mit der Meldung im Aufnahmezimmer.

Im Rahmen der Aufnahmeformalitäten wurden im Aufnahmezimmer der Lazaretschein und - bei der Marine - das Führungsbuch vom Verwaltungsbeamten des Lazaretts oder vom Rechnungsführer abgenommen und bis zum Abgang aus dem Lazarett im Geschäftszimmer aufbewahrt. Der Lazaretschein bildete die Grundlage für die Eintragung des Kranken in das Hauptkrankenbuch und - bei größeren Lazaretten mit Krankenabteilungen - in das Abteilungskrankenbuch. Für Frauen und Kinder wurde ein besonderes Krankenbuch geführt.³⁶⁴

Geld und Wertsachen nahmen der Lazarettverwaltungsbeamte oder Rechnungsführer nur auf ausdrücklichen Wunsch des Kranken

gegen Bestätigung in Empfang und bewahrten sie, dienstlich verantwortlich und dem Reich gegenüber haftbar, in der Lazarettkasse auf. Bei bewußtlos eingelieferten Kranken erfolgte die Abnahme der Wertsachen stets in Gegenwart einer zweiten Person (z.B. des Stationsaufsehers oder des Begleiters des Kranken), die die Abnahmebestätigung mitunterzeichnete.³⁶⁵

Nach erfolgter Aufnahmeuntersuchung durch den wachhabenden Arzt übernahm der Stations-/Abteilungsaufseher den Kranken und die mitgebrachten ärztlichen Unterlagen. Auf der Station/Abteilung legte er das Krankenblatt an. Der Kranke erhielt zunächst, wenn es sein Zustand zuließ, ein Reinigungsbad. Anschließend wurden ihm ein frisch bezogenes Bett, die vorgeschriebene Krankenkleidung, Leibwäsche sowie zwei Handtücher zugewiesen. Die mitgebrachten Bekleidungs- und Ausrüstungsstücke, hauptsächlich die Leibwäsche, wurden gesäubert/gewaschen und in einer Bekleidungs- ("Montierungs-")kammer aufbewahrt, über deren Bestände der Polizeiunteroffizier die Aufsicht führte.³⁶⁶

Auf dem Zimmer wurde dem Kranken die Hausordnung, die das Verhalten im Lazarett umfassend regelte, gegen Unterschrift bekanntgegeben. Die Hausordnung galt einheitlich in allen Reichswehrlazaretten, vom Chefarzt konnten jedoch notwendige Ergänzungen oder Änderungen nach den örtlichen Verhältnissen vorgenommen werden. Da die Hausordnung nicht nur einen Einblick in die Aufgaben der Kranken und in die Gestaltung des Lazarettgesundheitsdienstes gibt, sondern darüber hinaus eine Einsicht in die in den Reichswehrlazaretten herrschenden Verhältnisse gestattet, ist sie als Anhang Nr. 21 beigelegt.

In die Lazarettverpflegung trat der Kranke in der Regel mit der Abendmahlzeit des Aufnahmetages ein. Aus der Verpflegung seines Truppen-/Marineteils schied er jedoch erst mit dem Tag aus, an dem er die erste Mittagskost im Lazarett erhielt. Bei der Berechnung der Behandlungs- und Verpflegungstage wurde deshalb der Aufnahmetag nicht mitgezählt, dagegen der Entlas-

sungstag. Nur wenn die Aufnahme eines Kranken vor 12 Uhr erfolgte, rechnete dieser Tag als erster mit.³⁶⁷

Die Kost in den Reichswehrlazaretten wurde nach dem Einküchensystem hergestellt, d.h. in einer Zentralküche wurden die Speisen für Kranke, Ärzte, Beamte, Sanitätsunteroffiziere und -mannschaften, Angestellte und Arbeiter zubereitet. Dabei wurden Unterschiede in der Qualität der Verpflegung oder bei der Auswahl und Zubereitung der Speisen entsprechend der gewohnten Lebensweise bzw. sozialen Lage der Kranken, wie sie die Beköstigungsvorschriften für die Friedenslazarette der alten Armee (Beilage 14 der F.S.O) z.B. für Offiziere vorsahen oder wie sie in den zivilen Krankenanstalten der Weimarer Republik gegen Zuzahlung angeboten wurden, nicht gemacht. Ab Anfang 1925 wurden darüber hinaus durch Verfügung der Heeres-Sanitätsinspektion die Beköstigungsvorschriften für die Lazarette unter Stärkung der Selbstbewirtschaftung reformiert und die bis dahin üblichen 4 Beköstigungsformen durch 2 Kostformen und eine Zulagenform ersetzt. Dabei bildete die 1. Kostform die Grundform der Verpflegung und war für alle Kranken bestimmt, deren Erkrankung keine besonderen Anforderungen an die Ernährung stellte. Sie wurde auch an das Personal ausgegeben und ihr Nährwert regelmäßig berechnet. Die 2. Kostform stellte eine leichtere, aber nicht reizlose Kost dar. Die "Zulagenform", die in ihrer Bezeichnung irreführend war, weil sie keine "Zulage" beinhaltete und deshalb ab 1930 zutreffender als 3. diätetische Kostform "ohne Form" bezeichnet wurde, ermöglichte es dem Arzt, je nach seiner wissenschaftlichen Überzeugung und Einstellung, Ernährungstherapie durch diätetische Verordnungen zu betreiben. Da wegen der strengen Auslese der Soldaten bei der Einstellungsuntersuchung und der zumeist kleinen Lazarette die Zahl der für eine Diät in Frage kommenden Soldaten zu gering war, um alle Diäten rentabel herstellen und vor allem eine entsprechend ausgebildete Fachkraft (Diätassistentin) einstellen zu können, verfügten nur sehr wenige Reichswehrlazarette (bekannt ist dies von den Lazaretten in Wilhelmshaven und München) über eine Diätküche.³⁶⁸

Die Form der Krankenkost wurde vom Ordinierenden/Leitenden Arzt in der Regel beim Hauptkrankenbesuch für den folgenden Tag festgelegt und vom Stations-/Abteilungsaufseher sofort auf der Kopftafel des Krankenbettes eingetragen. Letzterer erstellte nach dem Krankenbesuch den Speiseanforderungszettel, der vom Ordinierenden/Leitenden Arzt oder seinem Vertreter zu prüfen und zu unterschreiben war und anschließend bei der Verwaltung abgegeben wurde. Von der guten Beschaffenheit der Kost und der richtigen Verabreichung innerhalb der Station/Abteilung hatte sich der Ordinierende/Leitende Arzt persönlich zu überzeugen.³⁶⁹

Die Essenszeiten waren in den Lazaretten einheitlich:

Das Frühstück wurde im Sommer stets um 06.30 Uhr, im Winter um 07.30 Uhr, das Mittagessen um 12 Uhr und das Abendessen um 18 Uhr ausgegeben.³⁷⁰

Zu den Mahlzeiten hatten die Kranken rechtzeitig auf ihren Stuben zu sein. Gegessen wurde, soweit die Kranken Bett und Zimmer verlassen konnten, gemeinsam in den Tagesräumen.³⁷¹

Besuche von Angehörigen usw. bei den Kranken waren grundsätzlich nur zu den vom Chefarzt festgelegten Besuchszeiten möglich. Um Störungen im Lazarettbetrieb weitestgehend zu vermeiden, wurden 2 Besuchstage pro Woche im allgemeinen als ausreichend angesehen. Besucher durften den Kranken Speisen und Getränke nur nach Genehmigung durch den behandelnden Arzt mitbringen. Den Kranken war es verboten, sich zur Bewirtung von Besuchern Speisen, Getränke oder Genußmittel von außerhalb ins Lazarett holen zu lassen.³⁷²

Wollten Offiziere ihre Untergebenen im Lazarett besuchen oder hatten Offiziere oder Beamte mit Lazarettkranken dienstlich zu verkehren, so konnten sie dies jederzeit tun. Im Hinblick auf eine mögliche Ansteckungsgefahr oder den Zustand schwerkranker mußten sie ihre Absicht jedoch vorher dem behandelnden - oder bei dessen Abwesenheit - dem wachhabenden Arzt anzeigen. Erhoben diese Einwände, weil sie den Kranken nicht für besuchs- oder vernehmungsfähig hielten, war, wenn dies der Offi-

zier oder der Beamte wünschte, eine Verhandlung aufzunehmen und von beiden Teilen zu unterschreiben.³⁷³

Sanitätsoffizieren, die keinen Dienst im Lazarett leisteten, war der Besuch im Lazarett jederzeit gestattet, um sich über das Befinden der Lazarettkranken ihres Truppenteils in Kenntnis setzen und dem Truppenführer erforderlichenfalls darüber Auskunft geben zu können.³⁷⁴

Während des Aufenthalts in den Reichswehrlazaretten wurden die Kranken, wenn es ihr Gesundheitszustand erlaubte, nachdrücklich zum Aufenthalt im Freien und zur Benutzung der Gartenanlagen des Lazaretts angehalten. Sie erhielten dann die zum Schutz gegen die Witterung erforderlichen Dienstbekleidungsstücke (z.B. Mantel und feste Schuhe) aus der Kammer zurück. Leibesübungen und Spiele bildeten einen festen Bestandteil der Nachbehandlung und waren nach ärztlicher Verordnung unter Aufsicht zu betreiben.³⁷⁵

Für Kranke, deren Erkrankung voraussichtlich einen längeren Lazarettaufenthalt erforderte, wurden - soweit dies nach den örtlichen Verhältnissen und dem Gesundheitszustand möglich war - Unterrichtsstunden angesetzt, die in einem geeigneten Lazarett-raum ein Truppenlehrer erteilte.³⁷⁶

Leichtkranke und Genesende konnten mit Erlaubnis des behandelnden Arztes und nach Anordnung durch den Chefarzt nach ihrem Leistungsvermögen und ihren Fähigkeiten zu Haus-, Garten- und Schreiarbeiten im Lazarett herangezogen werden. Offiziere, Beamte, Portepreeunteroffiziere und Zivilisten waren hiervon ausgenommen.³⁷⁷

Der Einsatz erfolgte nicht nur im Sinne einer Beschäftigungstherapie. Hier ist auch zu berücksichtigen, daß die Reichswehrlazarette wegen der durch die Wirtschaftslage und durch die laufenden Reparationszahlungen angespannten Haushaltslage nur über die allernotwendigste Personal- und Geräteausstattung verfügten. In vielen Lazaretten fehlten heute selbstverständliche Geräte, wie z.B. Kartoffelschälmaschinen.

An Betreuungseinrichtungen waren in den Lazaretten, neben den bereits erwähnten Tagesräumen mit Spielen und Rundfunkgeräten, den Lazarettgärten mit Spielplätzen und Sporteinrichtungen sowie Liegehallen oder Liegeflächen zum Aufstellen von Liegestühlen, stets eine Unterhaltungsbücherei vorhanden.³⁷⁸

Außerdem gab es in den größeren Lazaretten seit Ende der 20er Jahre Kameradschafts- und Verkaufsräume (Kantinen). In diesen durften alkoholische Getränke nur mit Genehmigung des behandelnden Arztes abgegeben werden. Der Verkauf von Branntwein war verboten.³⁷⁹

Die Seelsorge in den Lazaretten richtete sich nach Artikel 141 der Weimarer Verfassung, der den Lazarettkranken, wie allen anderen Soldaten der Reichswehr, einen gesetzlichen Anspruch auf ungehinderte Religionsausübung gewährte. Dementsprechend besuchten Militärfarrer oder im Vertragsverhältnis stehende Geistliche regelmäßig die Kranken in den Lazaretten, Lazarettabteilungen und Truppenkrankenstuben/Revieren und hielten, soweit das Bedürfnis nach Gottesdienst bestand, Lazarettgottesdienste in einem geeigneten Raum (vgl. Seite 76) ab. Die Zeiten der Lazarettgottesdienste wurden dabei mit dem Chefarzt, die Besuchszeiten bei den Kranken mit dem behandelnden oder wachhabenden Arzt abgesprochen. Diese waren verpflichtet, die Geistlichen in ihren Bemühungen zu unterstützen.³⁸⁰

Von der Besoldung wurde beim Aufenthalt in einem Lazarett oder in einer anderen Krankenanstalt grundsätzlich kein Abzug vorgenommen. Der eigene Truppenteil zahlte weiterhin die vollen Gebührennisse aus, wenn die stationäre Behandlung am Standort erfolgte bzw. verrechnete diese bei weiter Entfernung. Nur wenn der begründete Verdacht bestand, daß ein Kranker sein Leiden absichtlich herbeigeführt hatte, um sich dem Dienst zu entziehen, erfolgte ein nach Dienstgraden gestaffelter Abzug von der Besoldung. Gleiches galt für in Untersuchungshaft befindliche Soldaten und für solche, bei denen eine Freiheitsstrafe vollstreckt wurde, wenn sie in Lazaretten stationär behandelt wurden.³⁸¹

Den Tag der Entlassung aus dem Lazarett bestimmte der Ordinierte/Leitende Arzt der Station/Abteilung. Er war gehalten, eine stationäre Behandlung im Lazarett nur so lange durchzuführen, wie dies aus ärztlichen Gründen erforderlich war. Dies galt nicht für ansteckungsfähige und geisteskranke Soldaten, die in jedem Fall bis zur Entlassung aus der Truppe im Lazarett blieben. Besonderheiten galten auch für Passanten, die nur mit ihrem Einverständnis über das Dienstzeitende hinaus im Lazarett behandelt werden durften.³⁸²

Das geschäftsmäßige Verfahren bei der Entlassung von Patienten sah vor, daß die Stationen/Krankenabteilungen ein Verzeichnis der zu entlassenden Soldaten am Tage vor dem Abgang bis spätestens 13 Uhr dem Verwaltungsbeamten bzw. Rechnungsführer des Lazaretts zu übergeben hatten. Diese mußten dann die endgültige Krankheitsbezeichnung und den Abgangstag in den Lazarett-schein eintragen, das Hauptkrankenbuch vervollständigen und das Führungsbuch dem Chefarzt zur Abgabe einer Beurteilung (nur bei einem mehr als vierwöchigen Lazarettaufenthalt) vorlegen sowie die sonst notwendigen Maßnahmen erledigen.

Die Entlassung erfolgte in der Regel nach dem Mittagessen, damit der Patient noch am gleichen Tage seinen Truppen-/Marineteil erreichen konnte. Zuvor hatte er seine Dienstbekleidungs- und Ausrüstungsstücke auf der Kammer zu empfangen, seine Krankenkleidung und Lazarettwäsche abzugeben und evtl. in Verwahrung gegebene Wertsachen sich aushändigen zu lassen.³⁸³

Erfolgte die Entlassung als dienstfähig zur Truppe und befand sich der Truppenteil am Standort, so begab sich der Entlassene ohne weitere Formalitäten und im allgemeinen zu Fuß dorthin. Befanden sich der Truppen- oder Marineteil bzw. das Schiff an einem anderen Standort, so wurde vom Chefarzt ein Marsch- und Reisebefehl erteilt. Außerdem erhielt der Entlassene die notwendigen Fahr- und Gepäckbeförderungskosten vorschußweise vom Lazarett. Diese wurden später mit dem Buchausgleich über die Verpflegung vom Truppen-/Marineteil zurückgefordert.

War der Kranke bei der Entlassung aus dem Lazarett noch nicht dienstfähig oder bedurfte er noch weiterer ärztlicher Beobachtung, so erfolgte die Überweisung zu seiner Truppenkrankenstube/dem Revier. Hielt der Chefarzt ausnahmsweise eine Begleitung des Entlassenen für erforderlich, so wurde dieser auf Ersuchen des Lazaretts von einem Unteroffizier oder Gefreiten des Truppen-/Marineteils bzw. Schiffs abgeholt oder nötigenfalls vom Sanitätspersonal des Lazaretts dorthin gebracht.³⁸⁴

Die Entlassung aus dem Lazarett konnte aber auch unmittelbar in die Heimat erfolgen, wenn es sich um Passanten oder um Kranke handelte, die nach ihrer Entlassung aus dem Dienstverhältnis auf der Heimreise erkrankt und in ein Lazarett eingeliefert worden waren. Daneben konnten Kranke, die wegen Dienstunfähigkeit aus der Reichswehr entlassen werden sollten, vom Lazarett im Einvernehmen mit dem Truppen-/Marineteil oder Schiff bis zum Abschluß des Entlassungsverfahrens in die Heimat beurlaubt werden.³⁸⁵

In bestimmten Fällen war die Entlassung aus dem Lazarett mit der Überführung in ein anderes, meist größeres Lazarett oder mit der Einweisung in ein Zivilkrankenhaus verbunden. Hierzu bedurfte es, offensichtlich aus Gründen der Dienstaufsicht, der Genehmigung durch den Wehrkreisarzt bzw. durch das Sanitätsamt. Sie setzte voraus, daß

- im abgebenden Lazarett die Bettenzahl wegen Überfüllung nicht ausreichte,
- die für eine Beobachtung oder Begutachtung oder für eine sachgerechte Krankenbehandlung erforderlichen Einrichtungen oder das notwendige Personal (z.B. für schwierige Operationen) nicht vorhanden waren,
- bei voraussichtlich dauernd dienstunfähigen Soldaten aus auswärtigen Standorten eine heimatnahe Behandlung zweckmäßig war.

Das abgebende Lazarett hatte von jeder Entlassung/Verlegung den Truppen-/Marineteil oder das Schiff des Kranken zu unterrichten.

Verstarb ein Kranker im Lazarett, so hatte dies der Ordinierende/Leitende Arzt umgehend dem Chefarzt unter Angabe der Todesursache und der Zeit des Ablebens schriftlich zu melden, damit folgendes veranlaßt werden konnte:

Das Lazarett benachrichtigte unverzüglich die Angehörigen, den Standesbeamten, den Standortältesten (Kommandanten), den Truppen-/Marineteil bzw. das Schiff, den Militärgeistlichen, die Standortverwaltung (in den Orten mit eigenen Standortbegräbnisplätzen), den Wehrkreisarzt bzw. das Sanitätsamt (bei Angehörigen von Kavalleriedivisionen auch den Kavalleriedivisionsarzt) und - in allen Fällen des Selbstmordes, des Todes infolge Selbstmordversuchs und des Verdachts auf unnatürliche Todesursache - das Militärgericht. Außerdem waren gleich nach dem Tode die Dienstenachlaßsachen und die Eigentumsnachlaßsachen vom Lazarettverwaltungsbeamten, bei seiner Abwesenheit vom wachhabenden Arzt und dem Stations-/Abteilungsaufseher, in einer Verhandlung festzustellen und der Nachlaß bis zur Aushändigung an die Empfangsberechtigten sicher aufzubewahren.

Zur Klärung der Todesursache verstorbener Soldaten war stets eine vollständige Leichenöffnung durchzuführen, falls nicht die Angehörigen dagegen beim Chefarzt Einspruch erhoben. Der Einspruch wurde hinfällig, wenn die Leichenöffnung von einem Gericht zur Klärung der Todesursache oder vom Chefarzt aus gesundheitspolizeilichen Gründen angeordnet wurde. Die Obduktionsprotokolle waren den zuständigen Truppenärzten stets zur Kenntnisnahme zuzustellen oder es war ihnen mitzuteilen, weshalb eine Leichenöffnung unterblieben ist.

Die Beerdigung der im Lazarett und auch der außerhalb des Lazaretts verstorbenen und dann in das Lazarett eingelieferten Soldaten von der Rangklasse der Stabsoffiziere abwärts hatte das Lazarett zu organisieren. Insbesondere mußte den Angehörigen, den beteiligten Dienststellen und einem Geistlichen die Beisetzungszeit mitgeteilt werden. Die Bestattungskosten waren bei Reichswehrangehörigen mit Anspruch auf freie Lazarettbehandlung vom Kapitel "Sanitätswesen" zu übernehmen, soweit nicht ein eigener

Standortbegräbnisplatz (Militärfriedhof) vorhanden war. Wüshten die Angehörigen oder Nahestehende des Verstorbenen eine Beerdi- gung auf einem anderen als dem für den Soldaten bestimmten Begräbnisplatz (z.B. in seiner Heimat), so hatten sie die damit verbundenen Mehrkosten (z.B. für Überführung der Leiche) zu tragen.³⁸⁷

Spätestens drei Tage nach der Entlassung eines Kranken aus einem Reichswehrlazarett oder dem Abgang durch Tod waren die Krankenblätter vom Ordinierenden/Leitenden Arzt der Kranken- abteilung oder seinem Vertreter mit einer genauen Darstellung des Entlassungsbefundes (einschließlich des ggf. bei der Leichenöff- nung erhobenen Befundes), der Angabe der endgültigen Krankheits- bezeichnung sowie einer Zusammenfassung des gesamten Krank- heitsverlaufs und einer Stellungnahme zur Frage, ob eine Wehr- dienstbeschädigung vorliegt, abzuschließen und dem Chefarzt zur Prüfung und Schlußzeichnung vorzulegen. Das abgeschlossene Krankenblatt wurde im Lazarett aufbewahrt.

Der zuständige Truppenarzt erhielt bei allen Abgängen binnen 3 Tagen nach der Entlassung eine "Ärztliche Benachrichtigung" mit einer kurzen Zusammenfassung des Krankheitsverlaufs und - bei Verstorbenen - des Befundes über die Leichenöffnung oder des Grundes für ihr Unterbleiben übersandt. Auf Grund der Ärztli- chen Benachrichtigungen waren Krankheits- und Todesfälle, bei denen der zuständige Truppenarzt nicht mitgewirkt hatte, in das von den zuständigen Sanitätsoffizieren bei allen Truppen-/ Marineteilen oder Schiffen zu führende Krankenbuch (für Offiziere und Beamte in das gesondert zu führende Offiziers-/Beamtenkran- kenbuch), einzutragen, das die wichtigste Unterlage der ärztlichen Berichterstattung in der Reichswehr bildete.³⁸⁸

5.6 Krankheitenstatistik, Gesundheitsverhältnisse

Es ist aus sanitätsdienstlicher Sicht von Interesse, wie sich die Gesundheitsverhältnisse in der Reichswehr unter den veränderten organisatorischen Bedingungen entwickelt haben. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß die in der Friedens-Sanitäts-Ordnung (D.V.E. Nr. 193) und in der Rapportanweisung (D.V.E. Nr. 112) befohlene eingehende militärärztliche Berichterstattung zwar mit Beginn vom 1. November 1919 an von den Sanitätsdienststellen wieder aufzunehmen war.³⁸⁹ Sie konnte jedoch wegen der fließenden Umbildungen des Heeres in der Zeit von 1919 bis 1921 und der damals geringen Übung des Sanitätspersonals in der Rapportaufstellung nur sehr eingeschränkt durchgeführt werden. Aus diesen Gründen wurden in den ersten Nachkriegsjahren nur "Vorläufige Monatskrankenrapporte" aufgestellt, die 1923 wegen der zunehmenden Geldentwertung aus Ersparnisgründen weiter gekürzt und 1924 sogar ganz aufgegeben werden mußten. Erst ab 1925 wurde im Reichsheer die Berichterstattung über die Lazarettkranken und die Truppenkranken wieder regelmäßig durchgeführt und ausgewertet.³⁹⁰

Grundlage der Berichte war die aus dem Jahre 1922 stammende H.Dv. 112 "Militärärztliche Berichtsanweisung für das Reichsheer (B.A.H.)". Sie enthielt gegenüber der Vorkriegszeit nicht unerhebliche Änderungen, wie die Umstellung des Berichtszeitraumes vom Ausbildungsjahr (Oktober bis September) auf das Kalenderjahr (Januar bis Dezember) und die Einbeziehung auch der Offiziere in die Krankenberichterstattung bei Wegfall der früher üblichen Angaben für Reservisten. Die B.A.H. brachte auch eine Vereinfachung durch Verringerung der Krankheiten-Obergruppen von 14 in der Vorkriegszeit auf nur noch 12, womit teilweise andere Eingruppierungen sowie Neuaufnahmen von Krankheiten verbunden waren.³⁹¹ Am 1. Januar 1932 trat eine neue Ärztliche Berichtsanweisung (B.A.) in Kraft (Reichswehr-Sanitäts-Vorschrift, Teil 8 vom 19. Oktober 1931), die einheitlich für das Heer (H.Dv. 193/8) und für die Marine (M.Dv. Nr. 270/8) das Krankhei-

tenverzeichnis in nunmehr 18 Obergruppen umgliederte und u.a. die Zugänge bei der Krankheiten-Obergruppe "Äußere Einwirkungen" jetzt nach der Art der Verletzung (statt wie bisher nach Ursachen) unterteilte.³⁹²

Über die Ergebnisse der militärärztlichen Berichterstattung in der Reichswehr wurden jährlich ein "Sanitätsbericht über das Reichsheer" und ein "Sanitätsbericht über die Deutsche Reichsmarine" von der Heeres-Sanitätsinspektion bzw. von der Medizinalabteilung der Marineleitung im Reichswehrministerium herausgegeben.³⁹³ Die Berichte über die Gesundheitsverhältnisse im Reichsheer und die Berichte über die Gesundheitsverhältnisse in der Reichsmarine waren jedoch nicht nach einheitlichen Grundsätzen abgefaßt. So wurde z.B. im Heer jeder Soldat als "truppenkrank" geführt, der auf Grund einer ärztlichen Anordnung, wenn auch noch so kurze Zeit, ganz oder t e i l w e i s e vom Dienst befreit war und sich in militärärztlicher Behandlung befand - während in der Marine als "krank" nur Soldaten erfaßt wurden, welche auf Grund einer Erkrankung oder Verletzung g a n z vom Dienst befreit waren.³⁹⁴ Da zudem in der Marine spezifische Besonderheiten die Krankenunterbringung und -behandlung in ganz erheblichem Maße bestimmten (z.B. Behandlung in Schiffslazaretten und behelfsmäßigen Krankenzimmern an Bord), sind direkte Vergleiche nur bedingt möglich. Die folgenden Ausführungen beschränken sich infolgedessen im wesentlichen auf Aussagen über die Gesundheitsverhältnisse im Reichsheer.

Betrachtet man zunächst den Gesamtkrankenzugang (Abb. 4), d.h. die Gesamtzahl jener Soldaten, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung, wenn auch noch so kurze Zeit, ganz oder teilweise vom Dienst befreit waren und sich in militärärztlicher Behandlung befanden, so fällt auf, daß er im Vergleich zur Vorkriegszeit viel höher war und fast von Jahr zu Jahr anstieg. Dabei zeigt die Zahl der in den Lazaretten behandelten Soldaten nur geringfügige Schwankungen und unterscheidet sich kaum von den Durchschnittszahlen der Vorkriegsjahre. Die Zunahme des Gesamtkran-

kenzugesanges ist daher auf einen starken Anstieg bei den Behandlungen in den Truppenkrankenstuben zurückzuführen.

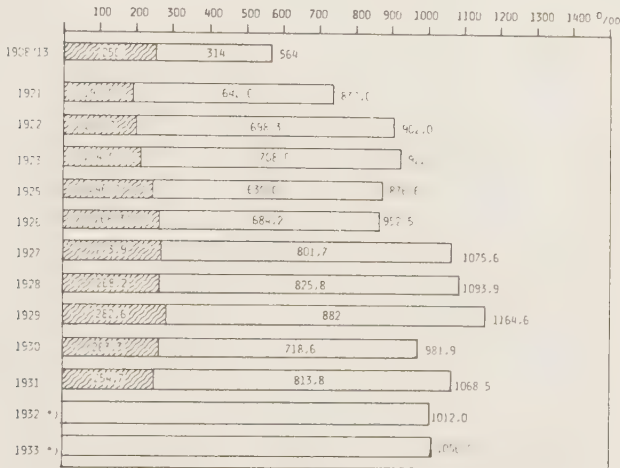


Abb. 4 Jährlicher Gesamtkrankenzugang im Reichsheer in ‰ der Ist-Stärke davon: im Lazarett (hatched), in Truppenkrankenstuben (white) (nach Lehrbuch der Militärhygiene, Berlin 1936, S. 720 und den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924 - 1933)

*) Vom Jahre 1932 an sind nur die Zahlen der Gesamtbehandelten - ohne Aufschlüsselung nach Lazarett und Truppenkrankenstuben - mitgeteilt.

Selbst wenn berücksichtigt wird, daß in "erweiterten Truppenkrankenstuben" auch Kranke behandelt wurden, die früher bei Vorhandensein eines Garnisonlazaretts am Ort in dieses aufgenommen worden wären, dürfte in der hohen Zahl truppenkranker Soldaten ein typischer Unterschied zwischen dem Berufsheer der Reichswehr und dem Wehrpflichtheer der alten Armee zum Ausdruck kommen.

"Verfehlt wäre es auf jeden Fall, wollte man aus dem erhöhten Krankenzugang ohne weiteres auf einen schlechteren Gesundheitszustand schließen."³⁹⁵ Das ergibt sich einmal daraus, daß die gesundheitlichen Anforderungen an die Tauglichkeit wegen des geringen Ergänzungsbedarfs und des infolge hoher Arbeitslosigkeit großen Andrangs zum militärischen Dienst in der Reichswehr

im Vergleich zur Vorkriegszeit sehr hoch lagen.³⁹⁶ Zum anderen lassen die geringe Beteiligung der Lazarettkranken am Gesamtzugang (Abb. 4), der gegenüber vor dem Kriege deutlich erhöhte Abgang an dienstfähig gewordenen Soldaten (Tab. 9) und die verminderten Zahlen der an Krankheit Verstorbenen (Abb. 7) den erhöhten Krankenzugang als vorwiegend durch leichte Erkrankungen veranlaßt erkennen. Werden die damals gegenüber heute sehr viel begrenzteren diagnostischen Möglichkeiten berücksichtigt, so sind die von H. Müller genannten Ursachen naheliegend: "Es ist wohl psychologisch verständlich, daß ein Soldat während seiner 12jährigen Dienstverpflichtung eher dazu geneigt ist, auf Grund auch harmloser Beschwerden ohne besonderen Krankheitswert den Arzt aufzusuchen, um den Dienst durch einige Tage Revieraufenthalt zu unterbrechen. Für den Arzt ist es nicht immer möglich, bei einer einmaligen Untersuchung sofort zu einer klaren Diagnose zu kommen. Der Kranke wird also oft zur Beobachtung ins Krankenrevier aufgenommen werden müssen."³⁹⁷

Das auffällige Verhältnis beim Krankenzugang nach Dienstgraden, das im Durchschnitt der Jahre 1925-1933 bei erkrankten Offizieren, Unteroffizieren und Mannschaften 1 : 1,6 : 2,5 betrug, bestätigt indirekt diese Annahme:

Tabelle 6 Krankenzugang im Reichsheer nach Dienstgradhauptklassen in ‰ der betr. Ist-Stärke (nach den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1925-1933)

Jahr	Offiziere	Unteroffiziere	Mannschaften
1925	320,0	514,8	1002,0
1926	394,5	604,9	1074,5
1927	487,9	738,3	1062,6
1928	465,0	797,2	1206,8
1929	541,0	850,0	1283,0
1930	443,0	707,0	1086,0
1931	494,0	764,0	1182,0
1932	412,8	748,0	1118,0
1933	451,6	724,8	1181,0

Vergleicht man die Anzahl der in Behandlung gewesenen Kranken (Jahresanfangsbestände und Gesamtzahl der Zugänge) mit den dafür erforderlichen Behandlungstagen, so ergibt sich für jeden Kranken des Reichsheeres eine durchschnittliche Behandlungsdauer im Mittel der Jahre 1921-1933 von 8,7 Tagen gegenüber 8,1 Tagen in der Vorkriegszeit, wobei die Behandlung im Lazarett durchschnittlich 33,7 Tage und die Behandlung in den Truppenkrankenstuben durchschnittlich 8,7 Tage (gegenüber 24,6 bzw. 8,1 Tagen in den letzten 5 Friedensjahren) dauerte.

Tabelle 7 Durchschnittliche Behandlungsdauer je Kranker des Reichsheeres
(nach den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924-1933)

Es wurden behandelt	Zahl der Behandlungstage im Durchschnitt der Jahre									
	1908/13	21/25	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
Im Lazarett	24,6	35,4	32,5	33,3	34,1	33,3	32,9	32,4	32,5	29,5
In Truppenkranken- stuben	8,1	8,9	7,9	8,1	8,5	8,7	8,9	8,7	9,2	8,7
Insgesamt	15,5	15,7	15,1	14,8	15,1	14,9	15,6	13,8	15,2	13,8

Die gegenüber der Vorkriegszeit wesentlich längere Behandlungsdauer in den Lazaretten ist vermutlich darauf zurückzuführen, daß in der Reichswehr mit ihrem Berufsheer alle Behandlungsmöglichkeiten bis zum letzten ausgeschöpft wurden, ehe eine Entlassung wegen Dienstunfähigkeit erfolgte. Die Gründe sind naheliegend: Einerseits bestand ein verständliches dienstliches Interesse, langjährig ausgebildete Soldaten im Heer zu behalten, andererseits brachte auch dem Berufssoldaten ein vorzeitiges Ausscheiden mehr Nachteile, als dies bei Wehrpflichtigen in der Vorkriegszeit der Fall war. Außerdem muß berücksichtigt werden, daß die festzustellende Zunahme an Tuberkulosekranken und Geschlechtskranken (Tab. 8) mit ihrer damals sehr langen stationären Behandlungsdauer (durchschnittlich über 90 bzw. über 60 Tage³⁹⁸) und die hohen Unfallzahlen (Tab. 8), die infolge der in der Reichswehr forcierten Sportausbildung der Soldaten und der zunehmenden Motorisierung der Truppen erheblich über den Zahlen der Vorkriegsjahre lagen, die Lazarettbehandlungstage ansteigen ließen.³⁹⁹

Um zu zeigen, inwieweit sich die Behandlung der Soldaten in den Lazaretten und Truppenkrankenstuben auf den militärischen Dienst ausgewirkt hat, ist in der folgenden Abbildung die Gesamtsumme der Behandlungstage zur Anzahl der Tage des Berichtsjahres und zur Durchschnitts-Ist-Stärke des Heeres ins Verhältnis gesetzt worden. Danach ergibt sich im Jahresdurchschnitt folgender Ausfall an Diensttagen:

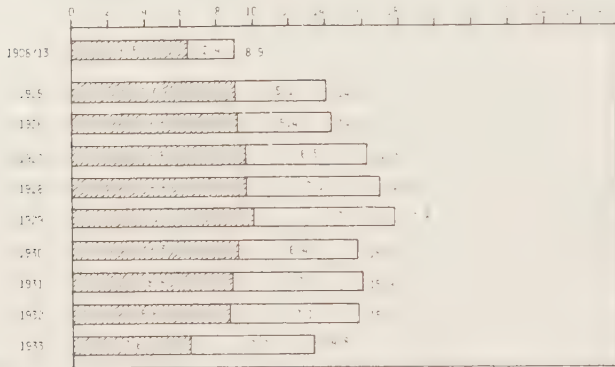


Abb. 5 Ausfall an Diensttagen je Mann der Ist-Stärke Reichsheer unterteilt nach Aufenthalt im Lazarett (hatched) und in Truppenkrankenstuben (white) (nach Lehrbuch der Militärhygiene, Berlin 1936, S. 723 und den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924 - 1933)

Der durchschnittliche tägliche Krankenstand im Reichsheer ist aus der folgenden Abbildung ersichtlich:

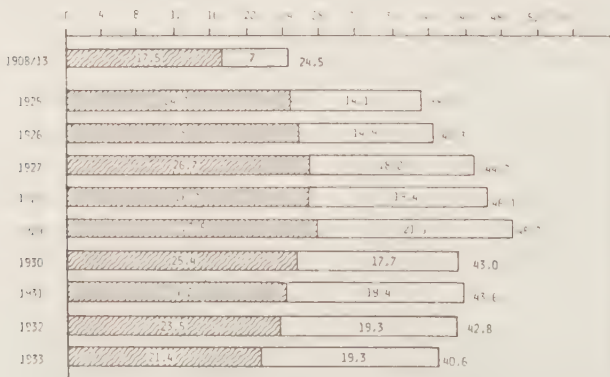


Abb. 6 Täglicher Krankenstand im Reichsheer in % der Ist-Stärke davon: im Lazarett (hatched), in Truppenkrankenstuben (white) (nach Lehrbuch der Militärhygiene, Berlin 1936, S. 723 und den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924 - 1933)

Die Abbildungen 6 und 5 zeigen, daß im Reichsheer sowohl der tägliche Krankenstand als auch der auf jeden Soldaten entfallende Ausfall an Diensttagen entsprechend dem erheblich gestiegenem Gesamtkrankenzugang (Abb. 4) beträchtlich höher lagen als in der Vorkriegszeit und damit sicherlich als Folge der Einführung des Berufsheeres anzusehen sind. Dabei fällt auf, daß der tägliche Krankenstand bei den Lazarettkranken ab den 30er Jahren deutlich sinkt und sich den Werten der Vorkriegszeit nähert, während der tägliche Krankenstand bei den Truppenkranken (seit 1932 "Revierkranken") wesentlich höher als in der Vorkriegszeit bleibt.

Einen Überblick über den Anteil der wichtigsten Krankheitsgruppen am Gesamtzugang im Durchschnitt der Jahre 1925-1933 gibt die folgende Tabelle:

Tabelle 8 Gesamtzugang in den wichtigsten Krankheitsgruppen
(nach Lehrbuch der Militärhygiene, Berlin 1936, S. 724, 725)

Krankheitsgruppe	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
Ansteckende und übertragbare Krankheiten darunter - Grippe	45,7	62,1	94,6	50,8	85,0	33,6	106,1	53,1	119,1
- Tuberkulose	38,9	34,2	87,4	43,3	79,0	27,9	100,6	44,9	113,7
	3,2	2,9	3,1	3,3	2,7	2,5	2,3	2,0	1,9
Außere Einwirkungen	184,5	230,7	290,1	336,9	362,0	322,0	384,3	393,5	389,1
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	148,6	175,8	182,8	186,4	184,7	173,2	144,4	147,3	161,3
Krankheiten der Knochen und der Bewegungsorgane	83,0	63,1	61,6	64,5	58,0	52,2	48,9	47,4	45,7
Geschlechtskrankheiten	53,6	47,3	47,3	43,3	41,3	39,6	33,9	33,8	26,2
Krankheiten der Verdauungsorgane davon Krankheiten der Zähne, des Zahnfleischs und des Rachens; Mandelentzündung	174,5	182,4	190,6	209,6	219,2	194,1	177,8	187,3	176,5
	26,6	30,9	37,5	40,2	46,3	29,8	28,1	23,8	22,4
	62,1	64,3	67,1	81,3	95,5	84,9	77,7	80,2	81,1
Krankheiten der Atmungsorgane	82,1	88,1	94,9	86,3	98,8	66,3	81,3	63,1	58,9
Krankheiten der Ohren und des Warzenfortsatzes	14,1	14,4	14,9	14,7	14,7	11,6	13,6	11,7	10,4
Krankheiten der Augen	18,9	19,7	21,8	23,8	20,4	17,4	15,1	14,6	11,9
Krankheiten der Nase, des Rachen- und Geschlechtsorgane	20,4	18,8	18,6	17,4	18,6	17,3	17,4	16,7	14,5
Krankheiten des Nervensystems	14,2	13,4	15,4	14,6	15,4	13,2	13,4	12,5	11,8
Krankheiten der Kreislauforgane	17,4	17,6	20,3	21,9	21,7	17,9	10,9	9,8	8,3

In der Tabelle sind die Krankheiten wegen der zum 1.1.1932 erfolgten Änderung in der Berichterstattung nicht nach Krankheiten-Obergruppen geordnet, sondern es sind, um für die gesamte Reichswehrzeit vergleichbare Werte angeben zu können, nur

die häufigsten Krankheitsgruppen angegeben. Für die Bewertung der Zahlenangaben wird außerdem auf die auf Seite 120 angeführte Definition "truppenkrank" hingewiesen, die keine Dienstbefreiung von mindestens 1 Tag voraussetzte.

Wie aus der Tabelle 8 ersichtlich ist, entfiel der größte Teil des Gesamtzuganges auf äußere Einwirkungen; das waren damals vor allem Verletzungen durch Tiere (Pferde!), Sportverletzungen, Unfallverletzungen infolge der zunehmenden Motorisierung, Vergiftungen durch Nahrungsmittel, Hitze- und Kälteschäden sowie Selbstmordversuche.⁴⁰⁰

Die zweithäufigste Gruppe waren die Krankheiten der Verdauungsorgane, wobei mehr als die Hälfte der Erkrankungen auf Krankheiten der Zähne, des Zahnfleisches und Mandelentzündungen entfielen und zu dieser Gruppe auch die häufigen Magen-Darm-Katarrhe und Krankheiten des Afters zählten. Bemerkenswert ist hierbei auch, daß in der Reichswehr bei den Zahnkranken eine Lazarettaufnahme in der Hauptsache erfolgte, um eine geeignete Kost zu gewährleisten.⁴⁰¹

Der Zugang bei der dritthäufigsten Gruppe, den Krankheiten der Haut und Unterhautzellgewebe, war überwiegend durch die besonders bei den Pionieren und bei der Kavallerie häufigen Furunkel, Abszesse, Panaritien und Phlegmonen sowie durch Ekzeme, Hautausschläge und eingewachsene Zehennägel bedingt.⁴⁰²

Bei der Gruppe der epidemischen, endemischen und übertragbaren Krankheiten entfiel der Hauptzugang auf die Grippe und spiegelte in seinem wellenförmigen Verlauf die Grippewellen bei der Zivilbevölkerung wieder. Der Zugang an Tuberkulose war in den ersten Nachkriegsjahren (1922: 3,67 ‰) etwa doppelt so hoch wie im Durchschnitt der Jahre 1908/13 (1,8 ‰), was sicherlich nicht nur den Folgen der Hungerblockade sondern auch der fortgeschritteneren besseren Diagnostik zuzuschreiben ist.⁴⁰³ Nach Anordnung der Röntgenreihenuntersuchungen für das Heer ab 1. April 1931 fielen die Zugänge an Tuberkulose auf den Vorkriegsstand ab.⁴⁰⁴

In der Gruppe der ansteckenden und übertragbaren Krankheiten war der Zugang an sonstigen ernsteren Infektionskrankheiten

gering und umfaßte überwiegend nur leichtere Fälle. So betrug der Zugang in der Reihenfolge der Häufigkeit im Durchschnitt der Jahre und bezogen auf jeweils 1000 Soldaten der Ist-Stärke des Reichsheeres bei Mumps 0,67 ‰; Paratyphus 0,60 ‰; Scharlach 0,40 ‰; Erysipel 0,36 ‰; Diphtherie 0,22 ‰; Masern 0,22 ‰; Ruhr 0,16 ‰; Blutvergiftung 0,15 ‰; Typhus 0,12 ‰; Röteln 0,03 ‰; Windpocken, epidem. Kinderlähmung und übertragbare Genickstarre jeweils 0,02 ‰; übertragbare Gelbsucht 0,01 ‰ und Wundstarrkrampf 0,004 ‰.⁴⁰⁵

Zu den in der Tabelle angegebenen Zugängen an Geschlechtskrankheiten ist zu bemerken, daß die Gesamtzugangszahlen die Neuerkrankungen und Rückfälle sowie die Fälle von Lues latens enthalten. Außerdem bestand im Heer die Bestimmung, daß bei jeder - auch ambulanter - Lueswiederholungskur der Kranke mindestens 3 Tage "krank" geführt werden mußte. Die tatsächlichen Zugänge liegen somit beträchtlich unter den Zahlen des Gesamtzuganges.⁴⁰⁶

Bei den Krankheiten der Atmungsorgane bildeten die harmlosen Erkrankungen der oberen Luftwege und Bronchialkatarrhe die Masse der Zugänge.⁴⁰⁷

Bezüglich der Kreislaufkrankheiten zeigt die Durchsicht der Sanitätsberichte, daß die eigentlichen organischen Herzerkrankungen - ebenso wie auch andere Organerkrankungen - nur einen kleinen Anteil der Zugänge ausmachen; der Hauptteil entfällt auf Krankheiten der Lymphdrüsen, des Lymphsystems und der Krampfadern.⁴⁰⁸

Bei den Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane ist es infolge der mehrfachen Umgliederungen der Krankheitsgruppen nicht möglich gewesen, die Zahl der Zugänge einwandfrei zu verfolgen.⁴⁰⁹

Betrachtet man den Gesamtkrankenabgang, so ist es zunächst von Interesse, wieviele der behandelten Soldaten der Reichswehr nach militärärztlicher Behandlung wieder dienstfähig geworden sind, wieviele Soldaten innerhalb der ärztlichen Behandlung verstarben oder unmittelbar aus militärärztlicher Behandlung als

dienstunfähig entlassen wurden. Die entsprechenden Angaben für das Reichsheer sind in der folgenden Tabelle zusammengefaßt:

Tabelle 9 Abgang aus militärärztlicher Behandlung in ‰ der Behandelten
(nach den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924-1933,

	Von je 1000 militärärztlich behandelten Soldaten (Gesamtsumme von Bestand und Zugang) wurden aus der Behandlung entlassen:		
	dienstfähig	durch Tod	anderweitig aus der Behandlung entlassen
1908/13	915,5	2,2	81,5 (89,2)
1925	953,3	1,6	20,6 (24,9)
1926	961,5	1,6	13,6 (16,2)
1927	961,7	1,3	15,3 (18,3)
1928	1041,5	1,2	16,8 (20,2)
1929	966,0	1,2	14,0 (16,9)
1930	965,1	1,4	11,6 (14,4)
1931	992,0	1,3	
1932	990,0	1,3	
1933	993,0	1,1	

Die gegenüber der Vorkriegszeit signifikant gestiegenen Zahlen bei den wieder dienstfähig gewordenen Soldaten, der beträchtliche Rückgang bei den in militärärztlicher Behandlung Verstorbenen und vor allem die erheblich niedrigeren Zahlen bei den aus gesundheitlichen Gründen als dienstunbrauchbar Entlassenen spiegeln deutlich den medizinischen Fortschritt und die vorzügliche sanitätsdienstliche Betreuung der Soldaten der Reichswehr wieder.

Bei den angegebenen Zahlen ist zu beachten, daß sie nur die unmittelbar aus militärärztlicher Behandlung abgegangenen Soldaten umfassen und sich nicht auf Fälle außerhalb militärärztlicher Behandlung (z.B. Unglücksfälle, Selbstmorde) beziehen.

Außerdem sind in der Tabelle unter "anderweitig aus militärärztlicher Behandlung entlassen" nicht nur die dienstunfähigen Soldaten zusammengefaßt, sondern auch jene, die in die Heimat

beurlaubt, in Kurorte usw. entsandt, den Zivilbehörden (z.B. wegen einer Straftat) überwiesen oder zur Truppe nach Einleitung des Dienstunfähigkeitsverfahrens entlassen wurden bzw. aus sonstigen Gründen abgegangen sind.⁴¹⁰

Die folgende Abbildung 7 über den Gesamtabgang durch Tod, die sich nicht auf die Anzahl der Behandelten sondern auf jeweils 1000 Soldaten der Ist-Stärke des Reichsheeres bezieht, bestätigt die zur Tabelle 9 gemachten Aussagen:

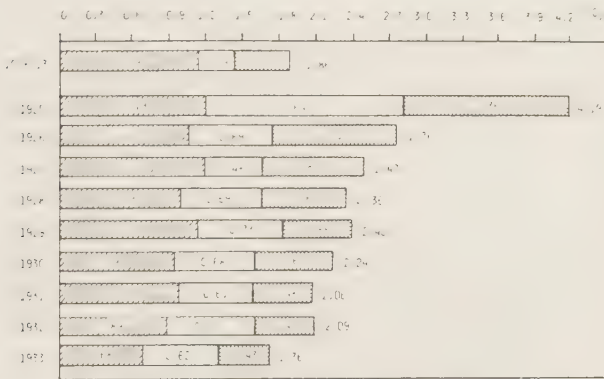


Abb. 7 Sterblichkeit im Reichsheer in ‰ der Ist-Stärke
davon: infolge Krankheit (hatched), Unfall (white), Selbstmord (checkered)
(nach Lehrbuch der Militärhygiene, Berlin 1936, S. 740 und
den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924 - 1933)

Aus der Abbildung ist ersichtlich, daß die Anzahl der an Krankheit verstorbenen Soldaten deutlich niedriger als in der Vorkriegszeit lag und im Laufe der Jahre kontinuierlich auf 0,68 ‰ im Jahre 1933 abgenommen hat. Die größte Mortalität unter allen inneren Erkrankungen wies dabei in der Reichswehr, wie den jährlichen Sanitätsberichten der Heeres-Sanitätsinspektion entnommen werden kann, die Tuberkulose auf.⁴¹¹

Soweit Unfälle die Todesursache bildeten, waren im Reichsheer die Werte im Jahresdurchschnitt ständig um ein mehrfaches höher als im Durchschnitt der letzten fünf Vorkriegsjahre. Die besonders hohen Zahlen im Jahre 1925 sind dabei auf das Weser-

unglück zurückzuführen, bei dem 80 Pioniere während einer Übung ertranken.⁴¹²

Die Selbstmordzahlen im Reichsheer waren, wie aus Abbildung 7 und 8 hervorgeht, besonders in den ersten Jahren sehr hoch und gingen erst ab Anfang der 30er Jahre wieder auf den Vorkriegsstand zurück. Inwieweit für die Selbstmordhöhe die 12jährige Dienstverpflichtung bzw. das Freiwilligensystem der Reichswehr ursächlich waren, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Aufgrund der Angaben im Heeres-Sanitätsbericht für das Jahr 1922, wonach vor dem Kriege die Freiwilligen und Kapitulanten höhere Selbstmordzahlen als die dienstpflichtigen Soldaten hatten, ist ein entsprechender Zusammenhang zu vermuten.⁴¹³

Auffällig ist die aus Abbildung 8 ersichtliche, relativ geringe Anzahl von Selbstmordversuchen mit nicht tödlichen Ausgang:



Abb. 8 Selbstmorde und Selbstmordversuche im Reichsheer in ‰ der Ist-Stärke
Selbstmordversuche , Selbstmorde
(nach den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924-1933)

Bei den Angaben über Selbstmordversuche muß allerdings von einer großen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Die von der Heeres-Sanitätsinspektion im Reichswehrministerium herausgegebenen jährlichen Sanitätsberichte mit ihren Angaben über Krankenzugang und -abgang sowie Art und Anzahl der Erkrankungen und Verletzungen beinhalteten, wie damals in der Berichterstattung aller ausländischen Heere und auch bei der Krankheitenstatistik über die Zivilbevölkerung in gleicher oder ähnlicher Weise üblich, eine Krankheitsfallstatistik. Die Berichte gaben damit Aufschluß über den Krankheitszustand des Heeres, sagten aber nichts aus über die Zahl der gesundgebliebenen Soldaten. Da dies als Lücke empfunden wurde, erfolgte durch Verfügung des Heeres-Sanitätsinspektors vom 25. November 1931 erstmals für das Jahr 1931 die Ermittlung des "Gesundheitsindex", das heißt des Verhältnisses der Gesunden zur Beobachtungsmasse/Anzahl der über ein ganzes Jahr beobachteten Soldaten.⁴¹³ Dabei wurde unter Ausnutzung der vorhandenen Unterlagen die "Krankheitshäufigkeit" ("nichtkrank", "1mal krank", "mehrmals krank" und die "Unfallhäufigkeit" ("nicht verletzt", "1mal verletzt" und "mehrmals verletzt") festgestellt. Die u.a. nach Wehrkreisen und Waffengattungen ermittelten Werte sind in den Tabellen 10 und 11 dargestellt.

Tabelle 10 Gesundheitsindex im Reichsheer 1931 nach Wehrkreisen
- Anteil der Offiziere in Klammern -
(Quelle: Franz u. Müller, Dtsch.med.Wschr. 57 (1932) S. 1296

Wehrkreis	Zahl der Soldaten	Allgemeiner Gesundheitsindex nicht krank und nicht verletzt	Biologischer Gesundheitsindex nicht krank	1 x krank	mehrmals krank
I	10757 (501)	5294 = 49 % (286 = 57 %)	6730 = 62 % (346 = 69 %)	2871 = 27 % (123 = 24 %)	1156 = 11 % (32 = 6 %)
II	11703 (506)	5317 = 45 % (286 = 57 %)	6574 = 56 % (331 = 65 %)	3356 = 29 % (129 = 25 %)	1773 = 15 % (46 = 9 %)
III	18335 (1222)	8902 = 49 % (810 = 66 %)	11169 = 61 % (911 = 75 %)	4835 = 26 % (233 = 19 %)	2331 = 13 % (78 = 6 %)
IV	11232 (542)	4558 = 41 % (324 = 60 %)	5976 = 53 % (389 = 72 %)	3257 = 29 % (107 = 20 %)	1999 = 18 % (46 = 9 %)
V	11593 (507)	4994 = 43 % (310 = 61 %)	6658 = 57 % (352 = 69 %)	3268 = 28 % (118 = 23 %)	1667 = 14 % (36 = 7 %)
VI	11659 (519)	5172 = 44 % (321 = 62 %)	6891 = 59 % (398 = 77 %)	3199 = 28 % (103 = 20 %)	1560 = 13 % (18 = 3 %)
VII	10881 (479)	4368 = 40 % (283 = 59 %)	5942 = 55 % (345 = 72 %)	3093 = 28 % (95 = 20 %)	1846 = 17 % (39 = 8 %)
Reichsheer	86160 (4276)	38605 = 45 % 2620 = 61 %	49940 = 58 % 3072 = 72 %	23888 = 28 % (909 = 21 %)	12332 = 14 % (295 = 7 %)

Tabelle 11 Gesundheitsindex im Reichsheer 1931 nach Waffengattungen
- Anteil der Offiziere in Klammern -
(Quelle: Franz u. Müller, Dtsch.med.Wschr. 57 (1932) S. 1296)

Waffengattung	Allgemeiner Gesundheits- index weder krank noch verletzt	Biologischer Gesundheits- index nicht krank	1 x krank	mehrmals krank
Infanterie	45 % (60 %)	58 % (72 %)	28 % (21 %)	14 % (7 %)
Reiter	40 % (54 %)	57 % (70 %)	29 % (23 %)	15 % (7 %)
Artillerie	46 % (58 %)	59 % (71 %)	26 % (22 %)	15 % (7 %)
Pioniere	36 % (60 %)	49 % (71 %)	29 % (19 %)	22 % (10 %)
Nachrichtentruppen	43 % (53 %)	57 % (56 %)	29 % (27 %)	14 % (11 %)
Fahrtruppen	41 % (63 %)	56 % (72 %)	29 % (22 %)	15 % (6 %)
Kraftfahrtruppen	43 % (64 %)	54 % (70 %)	29 % (27 %)	14 % (7 %)
Sanitätsabteilungen	62 % (63 %)	68 % (69 %)	24 % (21 %)	5 % (2 %)
Sonstige	66 % (76 %)	73 % (80 %)	19 % (17 %)	8 % (3 %)

Das wesentlichste Ergebnis, das im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Reichswehr von Interesse ist, ist folgendes:

Im Jahre 1931 waren im Reichsheer

nicht krank und nicht verletzt	= 45 %
nicht krank	= 58 %
1 x krank	= 14 %
nicht verletzt	= 73 %
1 x verletzt	= 20 %
mehrmals verletzt	= 7 % aller Soldaten.

6. Zusammenfassung

Nach der militärischen Niederlage Deutschlands im 1. Weltkrieg und dem Zusammenbruch des monarchischen Herrschaftssystems erfolgte die Demobilmachung und Auflösung der alten Armee und kaiserlichen Marine. An ihrer Stelle wurde in einer Zeit innerer Wirrnis und äußerer Bedrängnis zur Aufrechterhaltung der inneren Ordnung und zum Schutz der Grenzen durch das Wehrgesetz vom 23. März 1921 die Reichswehr als Wehrmacht der Deutschen Republik auf demokratischer Grundlage gebildet. Sie bestand aus dem Reichsheer mit 100 000 Soldaten und der Reichsmarine mit 15 000 Soldaten, welche durch die Friedensbedingungen des am 28. Juni 1919 unterzeichneten Vertrages von Versailles in materieller und struktureller Hinsicht im Detail bestimmt waren. Für die Reichswehr war charakteristisch, daß mit der Abschaffung der allgemeinen Wehrpflicht und des Beurlaubtenstandes, dem Verbot moderner Waffengattungen und Bewaffnung sowie jeglicher Reservebestände und Mobilmachungsvorarbeiten und der Bildung eines freiwilligen Berufsheeres und einer freiwilligen Berufsmarine mit einer 12jährigen Dienstzeit für Unteroffiziere und Mannschaften und einer mindestens 25jährigen Dienstzeit für Offiziere eine völlig neue Wehrform eingeführt wurde, welche der deutschen Entwicklung und Heeresgeschichte fremd war. Gleichzeitig war für die Reichswehr wesentlich, daß sie sich der geschichtlichen Tradition in besonderem Maße verpflichtet fühlte und sich als Kaderarmee mit strengen Leistungsanforderungen empfand, die in ihren Grundlagen einen militärisch stets für notwendig gehaltenen späteren Um- und Ausbau der Wehrmacht ermöglichen und vorbereiten sollte.

Mit der neuen Struktur der Reichswehr wurde im Heer ein Neubau des gesamten Sanitätswesens unter militärischen Gesichtspunkt notwendig. Für die neue Organisationsform des Sanitätsdienstes war kennzeichnend, daß die bis dahin übliche Eingliederung des Sanitätspersonals in die Regimenter, Bataillone, Abteilungen, Kompanien, Eskadronen usw. aufgehoben wurde und bereits im Frieden

die Aufstellung besonderer Sanitätsformationen - je einer Sanitäts-Abteilung bei jeder der sieben Infanterie-Divisionen - erfolgte. Führer der Sanitäts-Abteilung war der Divisionsarzt der Infanterie-Division, welcher in Personalunion als Wehrkreisarzt die Durchführung der Heilsürsorge im Wehrkreis regelte. In jeder Sanitäts-Abteilung waren - neben dem Sanitäts-Fahrpersonal und dem Sanitäts-Kraftfahrpersonal - sämtliche Sanitäts-offiziere, Sanitäts-unteroffiziere und Sanitätsmannschaften des Wehrkreises (außer den bei den Gruppenkommandos, Infanteriedivisions- und Kavalleriedivisionskommandos dienenden Sanitäts-offizieren) organisatorisch zusammengefaßt. Die Sanitäts-Abteilungen gliederten sich in örtliche Unterabteilungen, die Sanitätsstaffeln, welche nach dem Standort bezeichnet und grundsätzlich vom rangältesten Sanitäts-offizier, dem Standortarzt, geführt wurden. Aus jeder örtlichen Heeres-Sanitätsstaffel stellte der Standortarzt das zur Sicherstellung der freien Heilfürsorge bei den im Standort untergebrachten Kommandobehörden, Dienststellen und Truppenteilen des Heeres erforderliche Sanitätspersonal nach Bedarf zur Dienstleistung in die Sanitätseinrichtungen des Standortes (einfache und erweiterte Truppenkrankenstuben, Lazarette, usw.) ab.

Auch die überkommene Organisation des Marinesanitätsdienstes erfuhr Änderungen durch die veränderte Struktur der Reichsmarine. Die Änderungen waren jedoch viel weniger einschneidend als beim Heer und bestanden im wesentlichen in der Beseitigung der verwaltungsmäßigen Unterstellung der Marinelazarette unter die (aufgelösten) Marineintendanturen, in der Angliederung der Marinesanitätsdepots als Depotabteilungen an die Marinelazarette Kiel-Wik und Wilhelmshaven und in der Aufstellung von Sanitätsgruppen bei den Marinelazaretten für das zukommandierte, nicht zu einem Marineteil am Ort gehörende Sanitätspersonal.

Aus der neuen Organisationsform des Sanitätsdienstes ergaben sich erhebliche Auswirkungen auf die Organisation der Reichswehrlazarette:

Sie äußerten sich zunächst in der dienstlichen Stellung der Chefärzte. Die Reichswehrlazarette wurden völlig selbständige militä-

rische Dienststellen, in denen - infolge der bei der Reichswehr erstmals eingeführten Gleichstellung der Sanitätsoffiziere mit den Truppen- und Marineoffizieren und somit anders als in der alten Armee und in der kaiserlichen Marine - nicht mehr die Kommandanten bzw. Garnisonältesten die Disziplinarstrafgewalt und Aufsichtsbefugnis über das Dienstpersonal des Lazaretts hatten und für die Aufrechterhaltung der Disziplin unter den im Lazarett befindlichen Kranken sowie für die Kontrolle aller Zweige der Lazarettverwaltung zuständig waren. Die Leitung der Lazarette lag jetzt in jeder Hinsicht beim Chefarzt.

Die Aufgaben und Befugnisse des Chefarztes waren sehr umfangreich. So hatte er nicht nur den Befehl über das Lazarett als militärische Dienststelle zu führen und für die Einhaltung der militärischen Vorschriften und die Aufrechterhaltung von Disziplin und Ordnung zu sorgen. Er trug daneben die volle Verantwortung dafür, daß das Lazarett den an eine Krankenanstalt zu stellenden Anforderungen entsprach und die gesetzlichen Verpflichtungen im medizinischen Bereich gewahrt, die hygienischen Belange beim Lazarettgesundheits- und -krankendienst beachtet und die medizinische Dokumentation und ärztliche Berichterstattung bestimmungsgemäß durchgeführt wurden. Außerdem hatte er den gesamten Personaleinsatz - insbesondere den Dienst der wachhabenden Ärzte und Polizeiunteroffiziere sowie die Fort- und Weiterbildung des Sanitätspersonals -, die Nutzung der medizinischen Einrichtungen, den Verwaltungs- und Wirtschaftsdienst sowie die Erhaltung der Lazarettanlage und des baulichen Zustandes der Gebäude zu steuern und zu überwachen. Da der Chefarzt in der Regel der ranghöchste Sanitätsoffizier des Standortes und damit zugleich Standortarzt war, oblag ihm zugleich die Aufsicht über die einfachen und erweiterten Truppenkrankenstuben/Krankenreviere des Standortes und die Tätigkeit der dort eingesetzten Sanitätsoffiziere. Seine Aufgaben erstreckten sich somit auch auf Bereiche, die heute von anderen Sanitätsoffizieren, von der Krankenhausverwaltung oder von der Krankenpflegedienstleitung selbständig wahrgenommen werden.

Die in den Lazaretten diensttuenden Sanitätsoffiziere wurden im Heer grundsätzlich vom Standortarzt aus den Sanitätsoffizieren der örtlichen Sanitätsstaffel, bei der Marine dagegen vom Reichswehrministerium bestimmt. Sie hatten neben ihrem Lazarettendienst regelmäßig auch ärztlichen Dienst bei den Truppen- und Marineteilen zu leisten. Nur bei den Ordinierenden/Leitenden Ärzten der größeren Krankenabteilungen wurden solche Doppelverwendungen möglichst vermieden. Eine rein fachärztliche Tätigkeit war damit so gut wie niemals möglich, sie erfolgte vielmehr im Rahmen einer umfangreichen und oft überwiegend anders gearteten Gesamttätigkeit.

Die Größe der Reichswehrlazarette war sehr unterschiedlich. Die meisten Lazarette verfügten nur über 50 - 100 Krankenbetten. Die Kranken waren in den Lazaretten nicht nach ihrer Zugehörigkeit zu Truppenteilen sondern nach der Art ihrer Erkrankung bzw. nach ärztlichen und pflegerischen Gesichtspunkten in "Krankenstationen" zusammengelegt. Die Krankenstationen wurden ab 1. Januar 1932 in "Krankenabteilungen" umbenannt. Zum gleichen Zeitpunkt wurde die überkommene Bezeichnung der leitenden Ärzte von "Ordinierender Sanitätsoffizier der Krankenstation" in "Leitender Arzt der Krankenabteilung" geändert und folgende, von den bis dahin verbindlichen Stationsbezeichnungen abweichenden Bezeichnungen für die Krankenabteilungen festgelegt:

- Abt. I. Für innerlich Kranke (einschl. Absonderungskranke),
- Abt. II. Für chirurgische Kranke,
- Abt. III. Für Haut- und Geschlechtskranke,
- Abt. IV. Für Augenkranke,
- Abt. V. Für Hals-, Nasen- Ohrenkranke,
- Abt. VI. Für Nerven- und Geisteskranke.

Inwieweit und ob in den Lazaretten Krankenabteilungen eingerichtet wurden, entschied auf Antrag des Chefarztes der Wehrkreisarzt bzw. das Sanitätsamt der Marinestationen. Sämtliche Krankenabteilungen waren im allgemeinen nur in den großen Lazaretten am Sitz eines Wehrkreis-/Stationskommandos vorhanden.

Die Größe der Stationen/Abteilungen war von Lazarett zu Lazarett unterschiedlich und umfaßte oft nur wenige Räume. Da die Reichswehrlazarette überwiegend nur über eine geringe Anzahl von Krankenbetten verfügten und diese zumeist nach dem Krankenzerstreusystem in Krankenblocks und Krankenpavillons mit höchstens 30 - 40 Krankenbetten auf einem Geschoß untergebracht waren, sind die Lazarette und ihre Krankenabteilungen gut überschaubar gewesen. Die Mitte der 20er Jahre einsetzenden Umbauten und Modernisierungsarbeiten in den fast ausnahmslos aus der Vorkriegszeit stammenden Lazarettanlagen lassen in Verbindung mit den Leistungsangaben der jährlichen Sanitätsberichte zudem den Schluß zu, daß die Reichswehrlazarette - aus damaliger Sicht - durchaus funktionsfähig waren. Die bei den Modernisierungsarbeiten erkennbare Bevorzugung der größeren Lazarette (z.B. bei der Einrichtung von Operationsräumen, Bäderabteilungen oder Diätküchen) spricht allerdings dafür, daß ein wirtschaftlicher Lazarettbetrieb nur in den größeren Lazaretten möglich war. In den kleinen Lazaretten wurden offensichtlich nur die allernotwendigsten Sanierungsmaßnahmen ausgeführt.

Die Ausstattung der Lazarette mit ärztlichen Instrumenten, mit medizinischen Geräten und sonstigem Sanitätsmaterial sowie mit Wäsche und Wirtschaftsgerät umfaßte angesichts der schlechten Finanzlage des Reiches und in echter militärischer Sparsamkeit und Genauigkeit selten mehr, als es der jeweilige Etat der Friedens-Sanitäts-Ordnung von 1891 bzw. Marinesanitätsordnung von 1917 - die mit einzelnen Änderungen bis zur Herausgabe der Reichswehr-Sanitäts-Vorschrift in den 30er Jahren weitergalten - vorsahen. Gleichwohl kann die Ausstattung der Reichswehrlazarette aufgrund der Äußerungen von Sanitätsoffizieren jener Zeit als durchaus zweckentsprechend angesehen werden - wenn sie auch naturgemäß mit der Ausstattung großer ziviler Krankenanstalten der Weimarer Republik nicht konkurrieren konnte.

Das Krankenpflegepersonal in den Lazaretten bestand ganz überwiegend aus Soldaten, die infolge ihrer langen Dienstzeit über

eine gute Ausbildung und eine große Erfahrung verfügten. Zu ihrer Unterstützung wurden zivile Krankenwärter eingesetzt, die meist keine Vorbildung besaßen. Krankenpflegerinnen wurden nur zur Pflege schwerverletzter und schwerkranker Soldaten sowie zur Pflege lazarettkranker Soldatenfrauen und Kinder bzw. zur Hilfeleistung bei der ambulanten Behandlung von Familienangehörigen verwendet. Die Reichwehrlazarette litten daher nach Auffassung von Poeppel⁴¹³ zu sehr unter der üblichen "Männerwirtschaft" "Eine gewisse Lieblosigkeit in der Aufmachung ist die Folge, die häufig das Maß des Notwendig-Spartanischen überschreitet".

Die Organisation der Reichwehrlazarette und ihre besonders im Heer ausgeprägte enge Verbindung mit den im Truppensanitätsdienst des Standortes eingesetzten Sanitätsoffizieren führten gleichwohl zu einer deutlichen Leistungssteigerung gegenüber der Vorkriegszeit. Zwar unterschied sich die Zahl der in den Lazaretten behandelten Soldaten kaum von den Durchschnittswerten der Vorkriegsjahre - trotz eines im Vergleich zur Vorkriegszeit viel höheren und ständig steigenden Gesamtkrankenzuganges. Die gegenüber der Vorkriegszeit deutlich längere Behandlungsdauer in den Lazaretten zeigt jedoch, daß unter den Bedingungen des Berufsheeres alle Behandlungsmöglichkeiten bis zum letzten ausgeschöpft wurden um die Kranken wieder dienstfähig werden zu lassen. Die gegenüber der Vorkriegszeit signifikant gestiegenen Zahlen bei den wieder dienstfähig gewordenen Soldaten, der beträchtliche Rückgang bei den in ärztlicher Behandlung Verstorbenen und vorallem die erheblich niedrigeren Zahlen bei den aus gesundheitlichen Gründen als dienstunbrauchbar aus der Reichswehr Entlassenen spiegeln zudem deutlich den medizinischen Fortschritt und die vorzügliche sanitätsdienstliche Betreuung der Soldaten der Reichswehr wieder.

Das Ansehen, in dem die Sanitätsoffiziere der Reichswehr standen, gründete sich offensichtlich auf die fachlichen Fähigkeiten und Leistungen der in den Lazaretten eingesetzten Ärzte und das daraus entstandene Vertrauen, das ihnen allgemein von den Soldaten und ihren Familienangehörigen entgegengebracht wurde.

7. Anhang

- Nr. 1 Erläuterungen zur Wehrkreiseinteilung
- Nr. 2 Die 7 Wehrkreise
- Nr. 3 Die Lazarette der Reichswehr
- Nr. 4 Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis I
- Nr. 5 Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis II
- Nr. 6 Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis III
- Nr. 7 Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis IV
- Nr. 8 Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis V
- Nr. 9 Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis VI
- Nr. 10 Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis VII
- Nr. 11 Lageplan Marinelazarett Kiel-Wik
- Nr. 12 MLaz Kiel-Wik: Nordansicht Block A,B
- Nr. 13 MLaz Kiel-Wik: Südansicht Block A,B
- Nr. 14 MLaz Kiel-Wik: Westansicht und Schnitt Block A,B
- Nr. 15 MLaz Kiel-Wik: Grundriß Dach- und Kellergeschoß Block A,B
- Nr. 16 MLaz Kiel-Wik: Grundriß Ober- und Erdgeschoß Block B
- Nr. 17 MLaz Kiel-Wik: Grundriß Dach- und Kellergeschoß Pavillon I -IV
- Nr. 18 MLaz Kiel-Wik: Grundriß Ober- und Erdgeschoß Pavillon I
- Nr. 19 Die Chefärzte der Standortlazarette
und Leitenden Ärzte der Lazarettabteilungen
- Nr. 20 Die Chefärzte der Marinelazarette
und Leitenden Ärzte der Marinelazarettabteilungen
- Nr. 21 Hausordnung der Reichswehrlazarette
- Nr. 22 Dientanweisung für die Abteilungsaufseher in den Lazaretten
- Nr. 23 Dienstanweisung für den Lazarett-(Ober-)Feldwebel
- Nr. 24 Muster Lazarettschein

Erläuterungen zur Wehrkreiseinteilung

- Wehrkreis I:
Provinz Ostpreußen
mit Wehrkreiskommando I (Stab 1. Division) in Königsberg
- Wehrkreis II:
Provinz Pommern, Provinz Grenzmark Posen-Westpreußen (nordl. Teil), Provinz Schlesien (Holstein, Hansestädte Hamburg und Lübeck), Land Mecklenburg-Schwerin, Land Mecklenburg-Strelitz, Landesteil Fehm von Oldenburg
mit Wehrkreiskommando II (Stab 2. Division) in Stettin und Marinestationskommando der Ostsee in Kiel
- Wehrkreis III:
Reichshauptstadt Berlin, Provinz Brandenburg, Provinz Schlesien, südl. Teil der Provinz Posen-Westpreußen
mit Wehrkreiskommando III (Stab 3. Division) in Berlin
- Wehrkreis IV:
Regierungsbezirke Magdeburg und Merseburg der Provinz Sachsen, Land Sachsen, Land Anhalt, Kreise Altenburg
Stadt und Land des Landes Thüringen
mit Wehrkreiskommando IV (Stab 4. Division) in Dresden
- Wehrkreis V:
Provinz Hessen-Nassau, Regierungsbezirk Erfurt der Provinz Sachsen, Provinz Hohenzollern, Land Württemberg,
Land Baden, Land Thüringen (außer Teilen beim WKr IV), Raum Siegen der Provinz Westfalen
mit Wehrkreiskommando V (Stab 5. Division) in Stuttgart
- Wehrkreis VI:
Provinz Hannover, Provinz Westfalen (ohne Teile beim WKr VI), Landes Braunschweig, Oldenburg, Lippe, Schaumburg-Lippe, Hansestadt Bremen
mit Wehrkreiskommando VI (Stab 6. Division) in Münden und Marinestationskommando der Nordsee in Wilhelmshaven
- Wehrkreis VII:
Land Bayern
mit Wehrkreiskommando VII (Stab 7. Division) in München

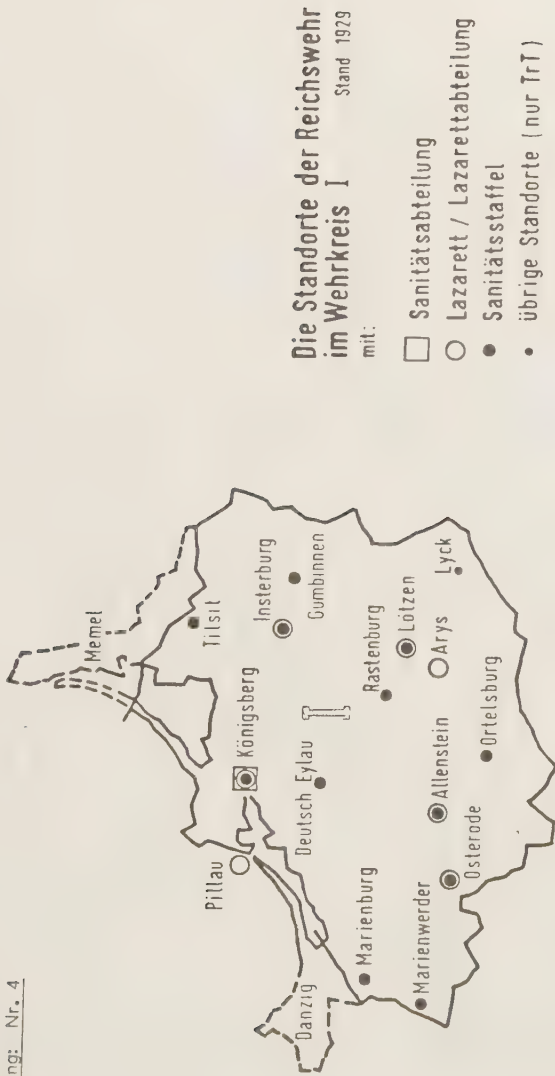
(nach Koch, Horst-Adalbert "Das Reichsheer 1921-1939", in: Lehrbuch der Landesverteidigung, H. 1, S. 64, ergänzt)

Anhang: Nr. 3



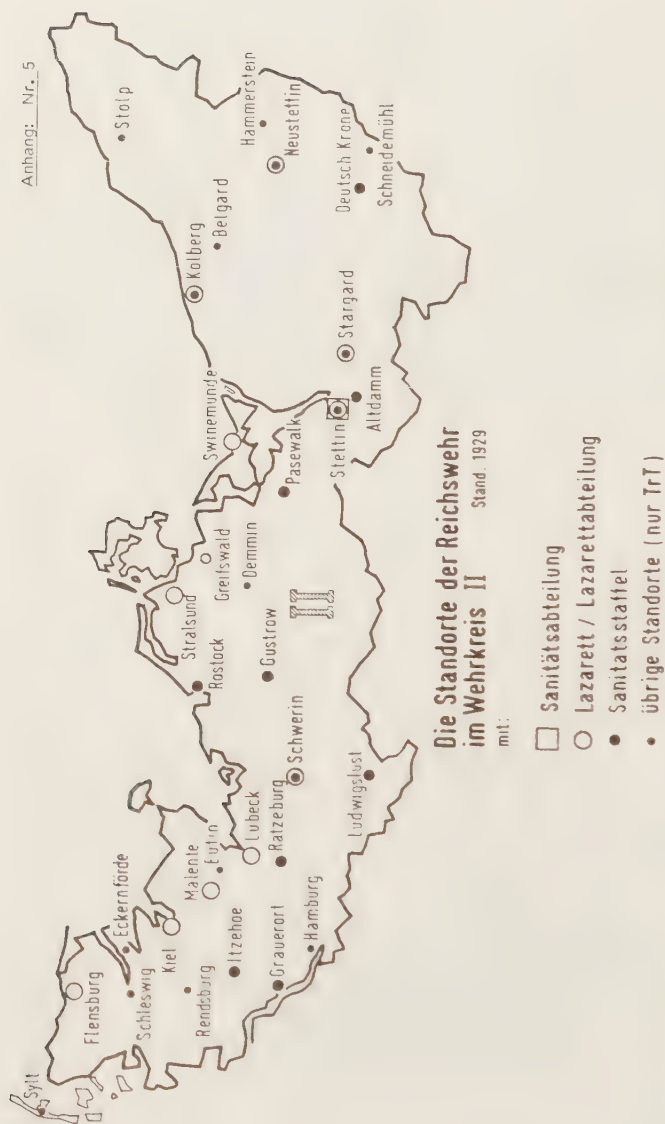
(nach den Sanitätsberichten über das Reichsheer und die Reichsmarine für das Jahr 1929 zusammengestellt)

Anhang: Nr. 4



(nach: Gliederung und Standorte des Reichsheeres und der Reichsmarine nach dem Stand vom Herbst 1929, Berlin, Mittler)

Anhang: Nr. 5



(nach Gliederung und Standorte des Reichsheeres und der Reichsmarine nach dem Stand vom Herbst 1929, Berlin, Mittler)



(nach: Gliederung und Standorte des Reichsheeres und der Reichsmarine nach dem Stand vom Herbst 1929, Berlin, Mittler)



Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis IV Stand: 1929 mit:

- Sanitätsabteilung
- Lazarett / Lazarettabteilung
- Sanitätsstaffel
- übrige Standorte (nur TrT)

(nach: Gliederung und Standorte des Reichsheeres und der Reichsmarine nach dem Stand vom Herbst 1929, Berlin, Mittler)



(nach: Gliederung und Standorte des Reichsheeres und der Reichsmarine
nach dem Stand vom Herbst 1929, Berlin, Mittler)

Anhang: Nr. 9



Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis VI

Stand 1929

mit:

- Sanitätsabteilung
- Lazarett / Lazarettabteilung
- Sanitätsstaffel
- übrige Standorte (nur TrT)

(nach: Gliederung und Standorte des Reichsheeres und der Reichsmarine nach dem Stand vom Herbst 1929, Berlin, Mittler)

Anhang: Nr. 10



Die Standorte der Reichswehr im Wehrkreis VII

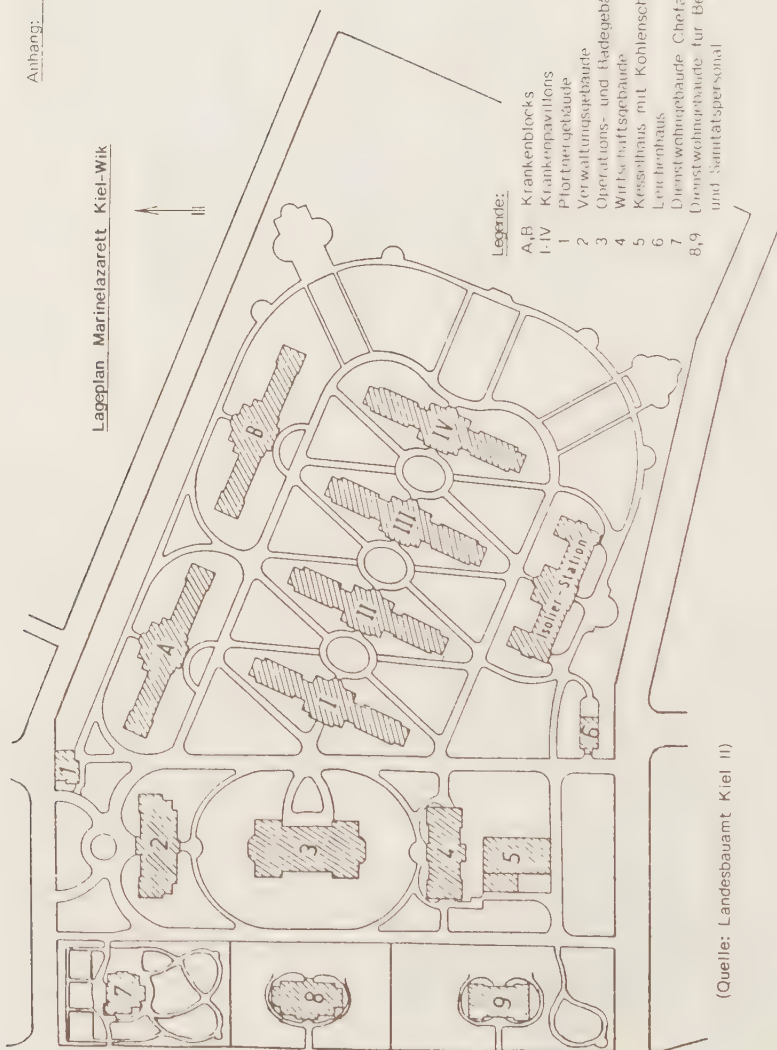
Stand 1929

mit:

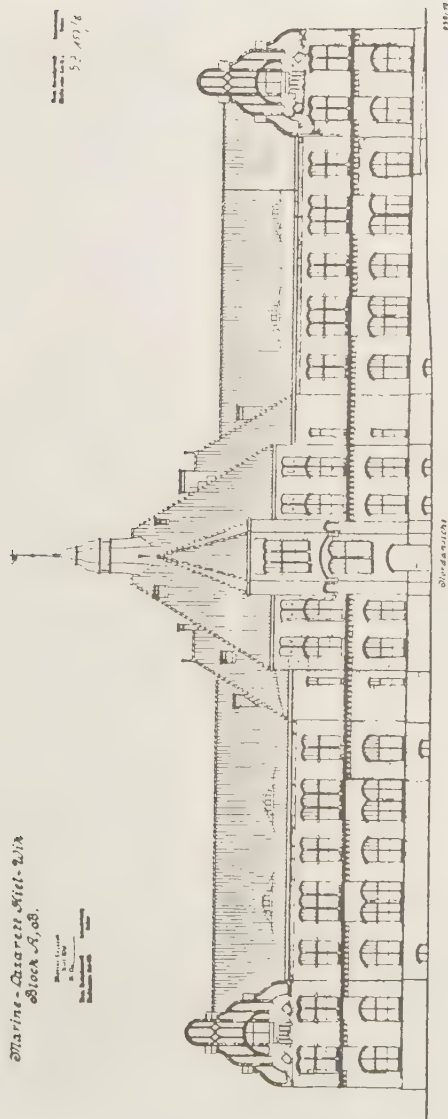
- Sanitätsabteilung
- Lazarett / Lazarettabteilung
- Sanitätsstafel
- übrige Standorte (nur TrT)

(nach: Gliederung und Standorte des Reichsheeres und der Reichsmarine nach dem Stand vom Herbst 1929, Berlin, Mittler)

Lageplan Marinelazarett Kiel-Wik

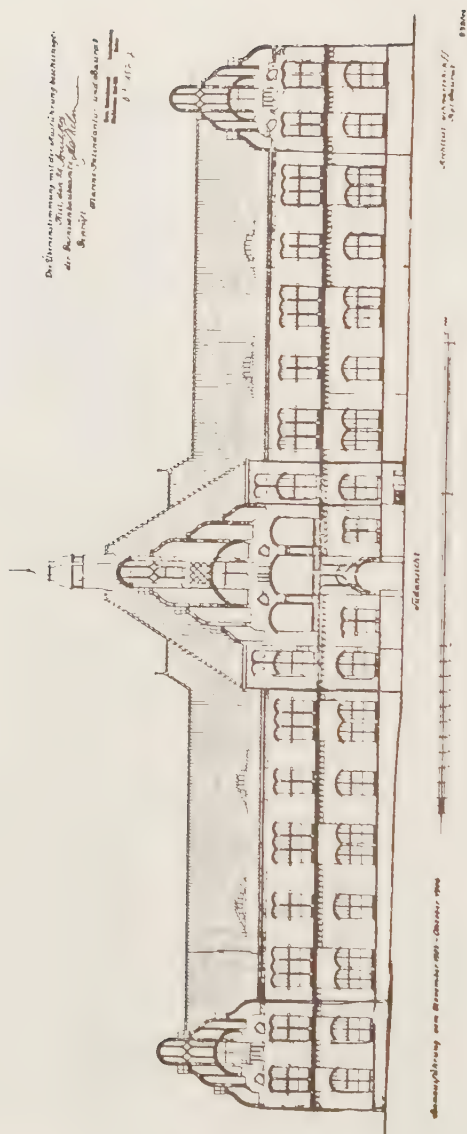


(Quelle: Landesbauamt Kiel II)



(Quelle: Landesbauamt Kiel II)

Anhang: Nr. 13

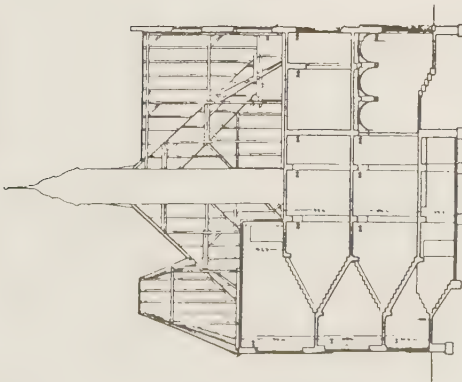


(Quelle: Landesbauamt Kiel II)

Anhang: Nr. 14

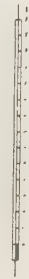
Marine-Kaserne

Marine-Kaserne,
Speise- u. M. St.,

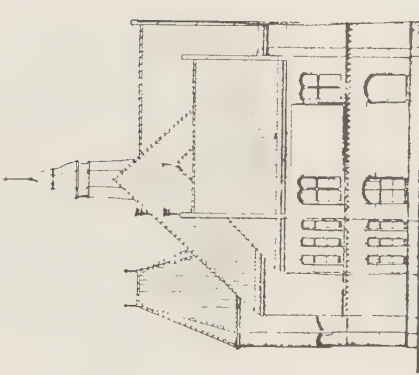


Speise- u. M. St.

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900



Speise- u. M. St., 1890 - 1900
Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900
Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900
Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

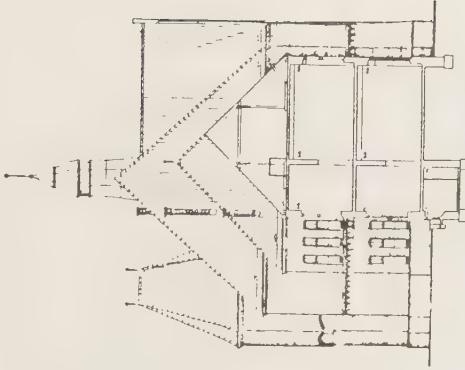


Speise- u. M. St.



Speise- u. M. St.

(Quelle: Landesbauamt Kiel II)



Speise- u. M. St.

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

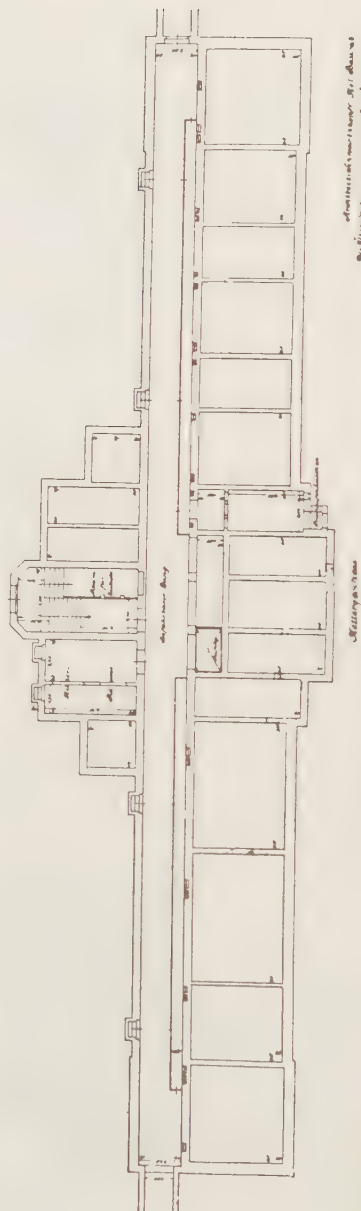
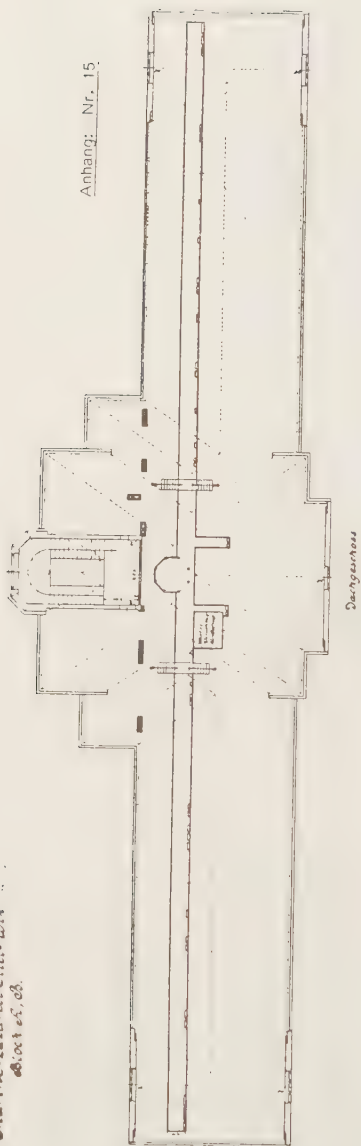
Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Kaserne, Speise- u. M. St., 1890 - 1900

Marine-Dockerei Kiel 218
 October 08.

Anhang: Nr. 15

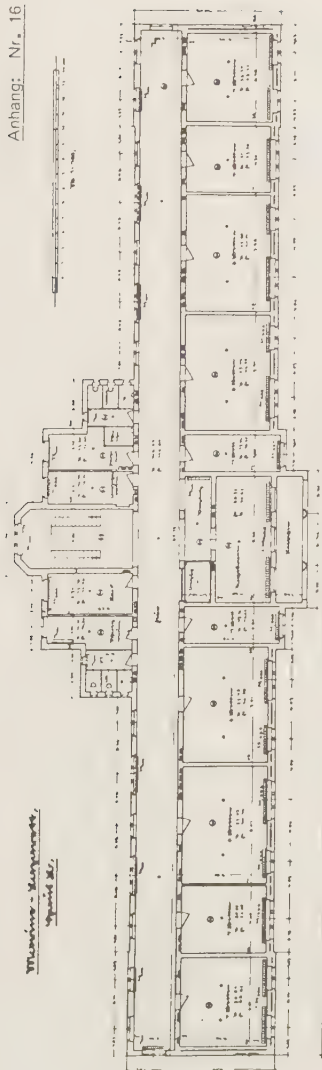


Architectural drawing of the building
 with the following description
 der Baugruben, der Keller
 und der Fundamente und Räume

Gezeichnet von Hermann 1901 - Oktober 1901

(Quelle: Landesbauamt Kiel II)

Anhang: Nr. 16



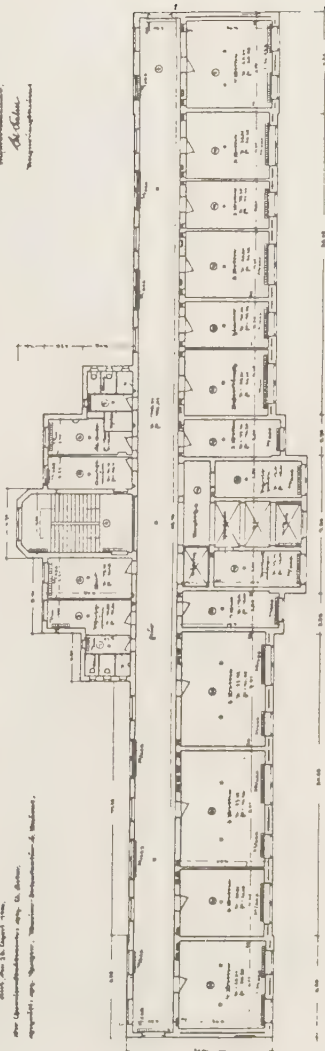
the following are the results of the analysis:

Miss - 1940 Am - 1941 1000.

W. A. R. 1880.

De Calum

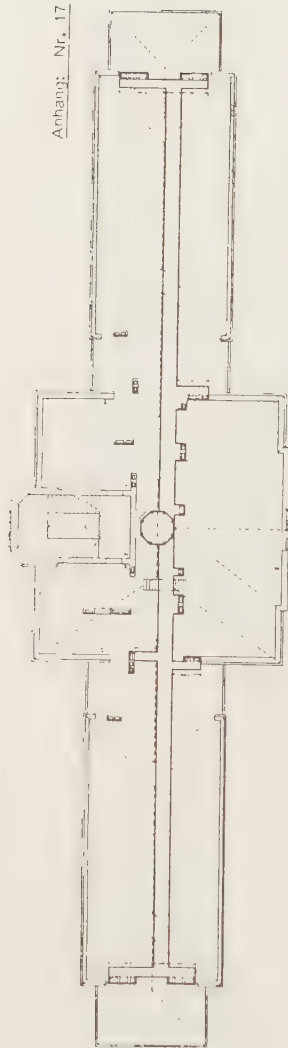
They were in good luck



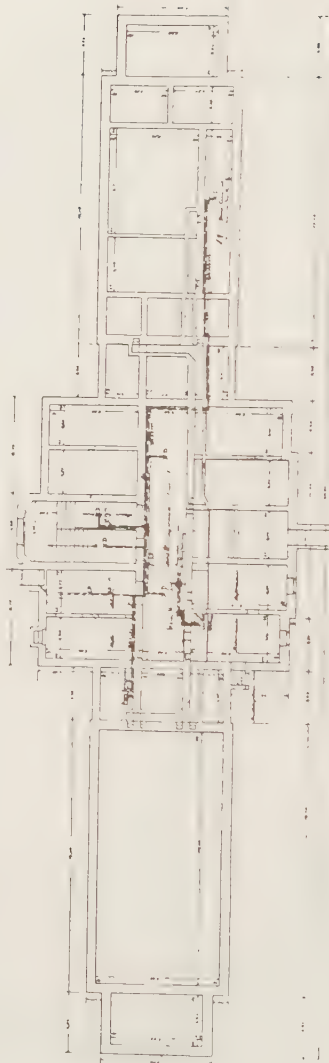
—

(Quelle: Landesbauamt Kiel II)

Anhang: Nr. 17



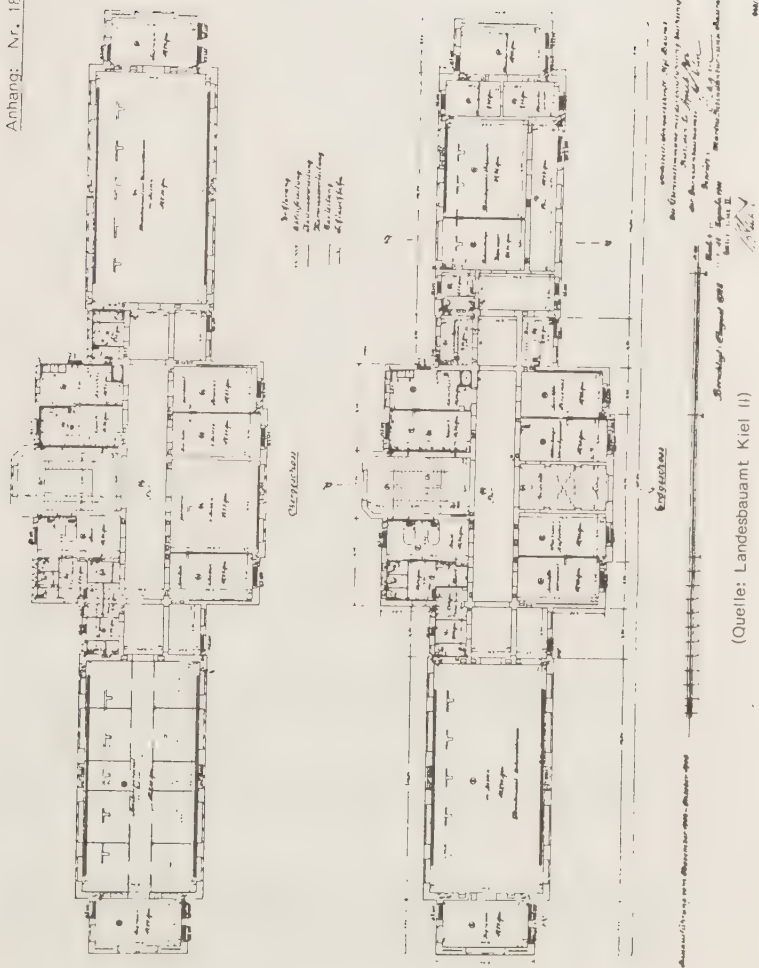
Paçat, 1000



06454547746

1. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.
 2. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.
 3. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.
 4. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.
 5. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.
 6. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.
 7. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.
 8. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.
 9. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.
 10. Die Gleichung $z^2 + 2z + 2 = 0$ hat die Lösungen $z_1 = -1 + i$, $z_2 = -1 - i$.

(Quelle: Landesbauamt Kiel II)



Jahr	Stammt	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
VI.	Sin/az Zechlin	SIA Dr. Zechlin	SIA Dr. Zechlin	SIA Dr. Zechlin	SIA Dr. Zechlin	SIA Dr. Zechlin	SIA Dr. Zechlin	SIA Dr. Zechlin	SIA Dr. Zechlin	SIA Dr. Zechlin
	Sin/az Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch
	Sin/az Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch
	Sin/az Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch
	Sin/az Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch
VII.	Sin/az Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch
	Sin/az Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch
	Sin/az Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch
	Sin/az Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch
	Sin/az Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch	OSTA Dr. Brosch

Legende:

- 1 = Chefarzt wurde im folgenden Jahr versetzt und befordert
- 2 = Chefarzt wurde im folgenden Jahr versetzt ohne Beförderung
- 3 = Chefarzt wurde im folgenden Jahr aus dem Dienst entlassen

(nach den Ranglisten des Deutschen Reichsheeres 1924-1932)

Anhang: Nr. 20
Die Chefarzte der Marine Lazarette und leitenden Ärzte der Marine Lazarettabteilungen
(nach den Ranglisten der Deutschen Reichsmarine 1924 - 1932)

Standort	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
Maraz Kiel-Wik	MSIA Dr. S. Weisenborn	MSIA Dr. 1 Gleitzhorn	MSIA Dr. 1 Pilet	MGDA Dr. 1 Tietmeyer	MSIA Dr. 1 Tietmeyer	MGDA Dr. 1 Krömer	MGDA Dr. 1 Kraus	MGDA Dr. 1 Kraus	MGDA Dr. 1 Lindtner
Maraz Pillau	MSIA Dr. 1 Dutschke	MSIA Dr. 1 Dutschke	MSIA Dr. 2 Dutschke	MSIA Dr. 1 Sander	MSIA Dr. 1 Sander	MSIA Dr. 2 Sander	MSIA Dr. 1 Krahbe	MSIA Dr. 1 Krahbe	MSIA Dr. 1 Krahbe
Maraz Flensburg-Murwik	MSIA Dr. 1 Pilet	MSIA Dr. 1 Pilet	MSIA Dr. 2 Pilet	MSIA Dr. 1 Eyerich	MSIA Dr. 1 Eyerich	MSIA Dr. 1 Eyerich	MGDA Dr. 2 Eyerich	MGDA Dr. 1 Eyerich	MGDA Dr. 1 Eyerich
Maraz Wilhelmshaven	MGDA Dr. 1 Amelung	MSIA Dr. 1 Brahm	MSIA Dr. 1 Brahm	MGDA Dr. 1 Wundtlandt	MGDA Dr. 1 Wundtlandt	MGDA Dr. 1 Wundtlandt	MGDA Dr. 1 Wundtlandt	MGDA Dr. 1 Wundtlandt	MGDA Dr. 1 Wundtlandt
Maraz Cuxhaven	MSIA Dr. 1 Postmann	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees
Maraz Swinemünde	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees	MSIA Dr. 1 Rees
Maraz Stralsund	MSIA Dr. 1 Fischer	MSIA Dr. 1 Greul	MSIA Dr. 1 Greul	MSIA Dr. 1 Greul	MSIA Dr. 1 Greul	MSIA Dr. 1 Greul	MSIA Dr. 1 Greul	MSIA Dr. 1 Greul	MSIA Dr. 1 Greul

Legende:

- 1 = Chefarzt wurde im folgenden Jahr versetzt und befördert
2 = Chefarzt wurde im folgenden Jahr versetzt ohne Beförderung
3 = Chefarzt wurde im folgenden Jahr aus dem Dienst entlassen

(nach den Ranglisten der Deutschen Reichsmarine 1924 - 1932)

Hausordnung der Reichswehrlazarette

(Anlage 1 der H.Dv. 193/5 und M.Dv. Nr. 270/5)

1. Die Sorge für die Ruhe der Mitkranken erfordert, daß jeder Kranke sich ruhig verhält, Türen leise öffnet und schließt, die Treppen geräuschlos hinauf und hinabgeht. Insbesondere ist Singen, Pfeiffen, lautes Schreien in Zimmern und auf Gängen zu unterlassen. Gegen das gesamte Lazarettpersonal ist ein angemessenes Benehmen zu beobachten, seinen Anordnungen ist Folge zu leisten.
2. Jeder Kranke benutzt die ihm angewiesene Lagerstelle. Ob Bettruhe einzuhalten ist, bestimmt der behandelnde Arzt.
3. Nach dem Aufstehen bringt der Kranke sein Lager in Ordnung, falls sein Zustand es gestattet.
4. Jeder Kranke wäscht, kämmt sich, putzt die Zähne und spült sich den Mund an einem bestimmten Ort. Hilfsbedürftige Kranke werden vom Pflegepersonal unterstützt.
5. Angekleidet auf einem Bett sitzen oder liegen ist verboten.
6. Nur Bettlägerige und Schwerkranke dürfen sich bei Tage des Nachtgeschirrs, des Nachtstuhls usw. bedienen, die übrigen gehen auf den allgemeinen Abort. Die leichtkranken Unteroffiziere und Mannschaften entleeren und reinigen des Morgens ihre Nachtgeschirre selbst an dem ihnen angewiesenen Ort.
7. Die Offizierkranken Zimmer werden durch das Lazarettpersonal gereinigt.
8. Jeder Kranke muß für die Reinlichkeit der Stuben mitsorgen. Die Wände und Geräte der Stuben dürfen nicht beschädigt oder verunreinigt werden.
9. Aus den Fenstern zu sprechen, zu spucken oder etwas hinauszwerfen ist verboten.
10. Die Beköstigungsform wird auf der Kopftafel vermerkt. Klagen über die Beköstigung bringt der Kranke bei dem Leitenden Arzt seiner Krankenabteilung vor.
11. Speisen oder Getränke an andere zu geben oder zu tauschen kann zu Gesundheitsschädigungen führen. Auch von außerhalb dürfen Speisen ohne Erlaubnis des Leitenden Arztes der Krankenabteilung nicht bezogen werden.

12. Das Rauchen ist nur an den vom Chefarzt bestimmten Orten mit Erlaubnis des Leitenden Arztes der Krankenabteilung gestattet. Genuß von Alkohol ohne ärztliche Genehmigung ist verboten
13. Sobald ein Offz., San-, Vet.Offz oder LazBeamter die Krankenstube betritt, tritt jeder nicht bettlägerige Kranke an das Fußende seines Bettes. Der Stubenälteste hat zu melden.
14. Glücksspiele sind verboten (§ 92 Militärstrafgesetzbuch).
15. Zum Betreten anderer Krankenabteilungen und der Küche bedarf es der Erlaubnis des Leitenden Arztes bzw. für die Küche des Chefarztes.
16. Leichtkranke werden nach ärztlicher Anordnung zu Arbeiten im Lazarett herangezogen. Bücher aus der Unterhaltungsbücherei sind durch den Abteilungsaufseher zu entleihen.
17. Hof und Garten sind sauberzuhalten. Das Besteigen der Gartenzäune oder Mauer sowie Verkehr mit Straßenpassanten sind verboten.
18. Besuche außerhalb der Besuchszeit bedürfen der Genehmigung des Chefarztes, desgleichen weiblicher Personen auf der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke.
19. Alle Kranken liegen spätestens um 21 Uhr zu Bett. Das Licht wird zu dieser Zeit gelöscht.
20. Ohne Erlaubnis des Chefarztes darf kein Kranker das Lazarett verlassen.
21. Für die Beschädigung der Lazarettwäsche, Lazarettkleidung und Lazarettgegenstände kann der Beschädigende haftbar gemacht werden. Ob ein Vergehen nach § 137 Militärstrafgesetzbuch vorliegt, entscheidet der Chefarzt.
22. Wertgegenstände, Geld sind der Lazarettverwaltung gegen Empfangsschein abzugeben, soweit sie nicht nach Anordnung des Chefarztes den Kranken belassen werden können. Ersatz für nicht abgegebene Wertsachen wird nicht geleistet.
23. Jeder Kranke hat nach einem Reinigungsbad die Wanne zu säubern, wenn er dazu nach Ermessen des behandelnden Arztes imstande ist.
24. In Lazaretten mit Ofenheizung haben die Leichtkranken beim Anheizen mitzuhelfen und die Feuerung zu unterhalten.
25. Lautsprecher, Grammophone u. dgl. dürfen in Krankenräumen nicht verwendet werden. Kopfhörer dürfen Kranke ins Lazarett mitbringen.

26. Kartenspiele und sonstige Spiele sind erlaubt, aber nicht um Geld.
27. Zeitungen können durch den Abteilungsaufseher bestellt werden.
28. Die Kameradschaft erfordert, daß Leichtkranke und Genesende an kleinen Hilfeleistungen für Schwerkranke nach Bedarf sich beteiligen.
29. Aufzüge dürfen von Kranken nur mit Genehmigung des Abteilungsaufsehers oder in Begleitung von Pflegepersonal benutzt werden.
30. Den Anordnungen des zivilen Pflegepersonals ist ebenso Folge zu leisten wie denen des militärischen Pflegepersonals.

Diese Hausordnung kann vom Chefarzt nach den örtlichen Verhältnissen ergänzt oder geändert werden.

Dienstanweisung für die Abteilungsaufseher
in den Lazaretten
(Anlage 3 der H.Dv. 193/5 und M.Dv. Nr. 270/5)

1. Der Abteilungsaufseher führt neben seinen allgemeinen Dienstobliegenheiten als Sanitätsunteroffizier die Aufsicht über die Krankenabteilung. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Pflege und Wartung der Kranken, die Verteilung der Speisen und Getränke, die kleineren Wirtschaftsangelegenheiten, die Handhabung des Gesundheitsdienstes (Lüftung und Reinigung der Krankenzimmer, Entseuchungen und Entwesungen) und die Aufrechterhaltung der Ordnung und Sauberkeit innerhalb der Abteilung. Außerdem führt er die Schreibgeschäfte der Abteilung.
2. Der Abteilungsaufseher teilt nach den Anordnungen des Leitenden Arztes dem Pflege- und Wartepersonal der Abteilung den Dienst zu und überwacht dessen Ausführung. Er ist im Dienst Vorgesetzter des der Abteilung zugeteilten Sanitätspersonals und der Sanitätsschüler. Die Kranken haben seinen Weisungen Folge zu leisten. Er ist nicht Vorgesetzter der Pflegerinnen und des im Krankenwardienst verwendeten Zivil- und Arbeiterpersonals. Er selbst hat den auf den wirtschaftlichen Dienst bezüglichen Anordnungen der Verwaltungsbeamten nachzukommen.
3. Der Abteilungsaufseher beaufsichtigt die zu Krankenwachen Kommandierten. Ob und inwieweit die Abteilungsaufseher selbst zur Übernahme von Krankenwachen heranzuziehen sind, bestimmt der Chefarzt.
4. Bei der Krankenaufnahme sorgt der Abteilungsaufseher dafür, daß der Kranke auf die Abteilung gebracht, gebadet und gebettet wird. Er legt das für den Kranken neu angelegte Krankenblatt dem Arzt beim nächsten Krankenbesuch vor.
5. Der Abteilungsaufseher begleitet den Leitenden Arzt und den Hilfsarzt bei den Krankenbesuchen und zeichnet sich die hierbei getroffenen Anordnungen auf; für ihre pünktliche Ausführung ist er verantwortlich.
6. Der Abteilungsaufseher hat für die sachgemäße Aufbewahrung und Behandlung der auf der Abteilung vorrätigen Arzneien, Verbandmittel, ärztlichen Instrumente und Geräte, desgleichen der Wirtschaftsgeräte zu sorgen.
7. Er überwacht die Verteilung und sachgemäße Verabfolgung der Kost an die Kranken nach den ärztlichen Anordnungen.

8. Können einzelne Kranke ihre Speisen nicht genießen, ist dies dem Leitenden Arzt bei dem nächsten Krankenbesuch zu melden.
9. Für die Kranken, die lesen dürfen, besorgt der Abteilungsaufseher Bücher aus der Unterhaltungsbücherei.
10. Der Abteilungsaufseher hat die für die Kranken eingehenden Postsachen beim Polizeiunteroffizier in Empfang zu nehmen, persönlich an die Empfänger abzuliefern und bei der Öffnung der Postpakete durch die Kranken zugegen zu sein.

Dienstanweisung für den Lazarett- (Ober-) Feldwebel
(Anlage 2 der H.Dv. 193/5 und M.Dv. Nr. 270/5)

1. Beaufsichtigung des Sanitätspersonals einschließlich Polizeiunteroffiziere und Sanitätsschüler. Abhalten des Appells, Bekanntgabe der Lazarettbefehle.
2. Diensterteilung des Sanitätspersonals und des Pflegepersonals, Führung der Kommandierrolle über den Tagesdienst. Einteilung der Kranken- und sonstigen Wachen.
3. Unterricht der Sanitätsschüler.
4. Oberaufsicht über sämtliche Kranken in Bezug auf Ordnung, Reinlichkeit der Stuben, Überwachung der Kranken im Arbeitsdienst.
5. Bearbeitung der Disziplinar- und Urlaubsangelegenheiten der Kranken, Führung des Strafnachweisheftes.
6. Auszahlung der für die Kranken eingelaufenen Gelder, die von der Kasse gegen Quittung empfangen sind.
7. Aufsicht während des Gottesdienstes.⁴¹⁷
8. Vorlage der Post, Öffnen von Einschreibebriefen nur im Beisein des Chefarztes.
9. Bearbeitung des Schriftverkehrs des Lazaretts, soweit nicht Sache der Verwaltungsbeamten, Führung der erforderlichen Akten, Bücher, Listen (ausgenommen Verwaltungsangelegenheiten).
10. Kontrolle des Hauptkrankenbuches mit Abteilungs- und Verpflegungslisten. Veränderungen in der Verpflegungsliste (zusammen mit der Lazarettverwaltung).

8. Anmerkungen

- 1) Vgl. z.B.: Die Weimarer Republik. Informationen zur politischen Bildung Nr. 109/110. Hg. Bundeszentrale für politische Bildung. (Bonn, Neudruck 1985), S. 1
- 2) Reiner Wohlfeil: Heer und Republik, in: Handbuch zur deutschen Militärgeschichte 1648-1939. Hg. v. Militärgeschichtlichen Forschungsamt Freiburg i.Br. durch Hans Meier-Welker und Wolfgang Groote. VI. (Frankfurt: Bernard & Graefe, 1970), S. 40
- 3) Ebd., S. 11
- 4) Vgl. Die Weimarer Republik, a.a.O., S. 1
- 5) Ebd., S. 2
- 6) Ebd., S. 3
- 7) Ebd., S. 3
- 8) Wohlfeil: Heer und Republik, a.a.O., S. 42
- 9) Vgl. Reiner Wohlfeil/Hans Dollinger: Die Deutsche Reichswehr. (Frankfurt a.M.: Bernard & Graefe, 1972), S. 11
- 10) Ebd., S. 11
- 11) Wohlfeil: Heer und Republik, a.a.O., S. 13, 42 ff.
- 12) Ebd., S. 43
- 13) Ebd., S. 18
- 14) Ebd., S. 19
- 15) Ebd., S. 56
- 16) Ebd., S. 49-51
- 17) Ebd., S. 54, 55
- 18) Zum Umfang der Heilfürsorge, insbesondere des Anspruchs auf Lazarettbehandlung, nach Rückführung des Heeres in den Friedenszustand siehe die Erlasse vom 12.Mai 1919 (A.V.Bl., S. 387-389), 12. September 1919 (H.V.Bl., S. 103), 5. Oktober 1919 (H.V.Bl., S. 194,195) und 6.Dezember 1919 (H.V.Bl., S. 483-486) deren Bestimmungen auch nach Übertritt der Lazarette in den Bereich des Arbeitsministeriums sinngemäß gültig blieben.
Zur Lazarettaufnahme und ambulanten Behandlung entlassener Offiziere, Beamten und Mannschaften siehe Erlaß vom 15. Januar 1919 (A.V.Bl., S. 103 ff.)
- 19) R.G.Bl. 1919, S. 295 ff.
- 20) A.V.Bl. 1919, S. 217, § 14
- 21) H.V.Bl. 1919, S. 171, 172
- 22) Vgl. H.V.Bl. 1919, S. 134 ff. und H.V.Bl. 1920, S. 183 ff.
- 23) H.V.Bl. 1920, S. 186, Ziff. 19
- 24) Siehe hierzu H.V.Bl. 1920, S. 324 ff. und S. 901 ff.

- 25) H.V.BI. 1921, S. 132
- 26) Wohlfeil: Heer und Republik, a.a.O., S. 85
- 27) Ebd., S. 66-83
- 28) Ebd., S. 58, 59
- 29) Ebd., S. 61
- 30) Siehe hierzu A.V.BI. 1919, S. 53-57
- 31) Wohlfeil: Heer und Republik, a.a.O., S. 83, 84
- 32) R.G.BI. 1919, S. 295 ff.
- 33) A.V.BI. 1919, S. 215
- 34) Siehe Verordnung des Reichspräsidenten vom 20. August 1919, betreffend die Übertragung des Oberbefehls über die Wehrmacht des Deutschen Reichs auf den Reichswehrminister. R.G.BI. 1919, S. 1475
- 35) H.V.BI. 1919, Nr. 1, S. 1 (Vorbemerkung)
- 36) Siehe Ausführungsverordnung zum Gesetz über die Bildung einer vorläufigen Reichswehr, § 3. Abgedruckt in A.V.BI. 1919, S. 216
- 37) Ebd., § 4
- 38) Einzelheiten siehe A.V.BI. 1919, S. 427, 428 und S. 523
- 39) A.V.BI. 1919, S. 216, 217
- 40) Siehe "Bestimmungen über die Bekleidung und Ausrüstung des Reichsheeres". Abgedruckt in H.V.BI. 1920, S. 1013-1028
- 41) Siehe "Bestimmungen über die Bekleidung und Ausrüstung der vorläufigen Reichswehr". Abgedruckt in A.V.BI. 1919, S. 475-483
- 42) Edgar Graf von Matuschka: Organisations des Reichsheeres, in: Handbuch zur Deutschen Militärgeschichte 1648-1939. Hg. v. Militärgeschichtlichen Forschungsamt Freiburg i.Br. durch Hans Meier-Welker und Wolfgang Groote. VI. (Frankfurt: Bernard & Graefe, 1970), S. 307
- 43) H.V.BI. 1919, S. 489
- 44) Horst-Adalbert Koch: Von der alten Armee zur Reichswehr. Ein Überblick über die Gliederung und Standorte der vorläufigen Reichswehr. Feldgrau 11 (1963) S. 2
- 45) Zur Organisation des Sanitätsdienstes der vorl. Reichswehr siehe auch Horst-Adalbert Koch, a.a.O., S. 2-6, 56-62, 91-96, 105-112. Zur Reihenfolge für die Aufnahme von Sanitätsoffizieren in die vorl. Reichswehr siehe A.V.BI. 1919, S. 266, Ziff. 7d
- 46) Siehe hierzu die Ausführungen des Heeres-Sanitätsinspektors GOSTA Prof. Dr. Franz auf der Sitzung der Deutschen Militärärztlichen Gesellschaft in Berlin am 21.1.1937, abgedruckt in Dtsch.Militärarzt 2 (1937) S. 90, 91
- 47) Siehe hierzu die Ausführungsbestimmungen zur Bildung einer vor-

läufigen Reichswehr, Anlage 6 "Urlaubsverordnung" und Anlage 7 "Vorgesetztenverhältnis", in: A.V.Bl. 1919, S. 277, 278

48) R.G.Bl. 1919, S. 314

49) H.V.Bl. 1920, S. 459

50) Textausgabe des Versailler Vertrages siehe: Gesetz über den Friedensschluß zwischen Deutschland und den alliierten und assoziierten Mächten vom 16. Juli 1919. R.G.Bl., S. 687 ff.

51) Vgl. die Artikel 42-44, 116, 164-172, 180 des Versailler Vertrages

52) Wohlfeil: Heer und Republik, a.a.O., S. 93, 94

53) Jost Dülffer: Die Reichs- und Kriegsmarine 1918-1939, in: Handbuch zur deutschen Militärgeschichte 1648-1939. Hg. v. Militärgeschichtlichen Forschungsamt Freiburg i.Br. durch Hans Meier-Welker und Wolfgang Groote. VIII. (München: Bernard & Graefe, 1977), S. 353, 354

54) H.V.Bl. 1919, S. 46

55) H.V.Bl. 1919, S. 489

56) Vgl. "Ausführungsbestimmungen zum Haushalt der Verwaltung des Reichsheeres für das II. Rechnungshalbjahr 1919". H.V.Bl. 1919, S. 511-519

57) Wohlfeil: Heer und Republik, a.a.O., S. 254-255

58) H.V.Bl. 1920, S. 687-690

59) H.V.Bl. 1920, S. 753-774

60) Vgl. H.V.Bl. 1919, S. 368

61) Vgl. "Ausführungsbestimmungen zum Heereshaushalt 1920". H.V.Bl. 1921, S. 68, Ziff. 2f)

62) H.V.Bl. 1920, S. 755, Ziff. 6

63) H.V.Bl. 1920, S. 948

64) Siehe die Tagesbefehle des Reichspräsidenten und des Reichswehrministers vom 30. Dezember 1920 "An die deutsche Wehrmacht". H.V.Bl. 1920, S. 1033, 1034

65) R.G.Bl. 1921, S. 329 ff.

66) R.G.Bl. 1935, S. 375

67) Die Reichswehrrführung hatte zwar unablässig das Ziel verfolgt, die Fesseln des Versailler Vertrages zu beseitigen, um die rein militärische Aufgabe der Reichsverteidigung erfüllen zu können. Die Planungen (z.B. Ausbau der Reichswehr als Führerheer) und die in den Jahren 1928-1932 erfolgten Umwandlungen von Truppenteilen in solche anderer Verwendung sowie sonstige Maßnahmen gingen jedoch von einem 21 Divisionen-Kriegsheer aus, das - durch milizartig kurz ausgebildete Soldaten aufgefüllt - für 6-8 Wochen den Erfordernissen der Landesverteidigung gerecht werden sollte. Demgegenüber verfolgten die im Dezember

1933 unter Hitler eingeleiteten Umbauplanungen für ein - zunächst - 21 Divisionen-Friedensheer mit allgemeiner Wehrpflicht eine grundsätzlich andere Zielsetzung i.S. einer aggressiven Wehrpolitik. (Vgl. hierzu: Handbuch zur deutschen Militärgeschichte, VI., S. 204 ff., VII., S. 110 ff.)

- 68) R.G.Bl., S.1383 ff.
- 69) R.G.Bl. 1920, S. 1579
- 70) R.G.Bl., 1920, S. 1608
- 71) In den festgesetzten Stärken waren die Soldaten und Militärbeamten der Behörden, der Schulen und der sonstigen Einrichtungen des Reichsheeres und der Reichsmarine enthalten.(§ 6 Wehrgesetz)
- 72) Hans von Seeckt: Die Reichswehr. (Leipzig: Kittler, 1933), S. 19
- 73) Siehe hierzu die Verordnungen des Reichspräsidenten vom 11. August 1920 (H.V.Bl., S. 841 ff.) und vom 28. Januar 1926 (H.V.Bl., S. 9 ff.) über Befehlsbefugnisse im Reichsheer sowie die Angaben zur Spitzengliederung der Reichswehr bei: Edgar Graf von Matuschka, a.a.O., S. 311-316
- 74) Anzahl und Art der aufgestellten Formationen sind § 3 des Wehrgesetzes entnommen.

Die wiedergegebenen Sollstärken für die Zuteilung von Sanitätspersonal (Sanitätsoffiziere, -unteroffiziere, -mannschaften) an die Truppenteile galten lediglich als Anhalt für die Zuteilung beim Verlassen des Standortes. Sie entstammen der "Stärkenachweisung der Kommandobehörden und Truppen des Reichsheeres", hg. v. Reichswehrministerium (Heeresleitung), Neudruck 1928. Auszugw. abgedruckt in: Horst-Adalbert Koch, Das Reichsheer 1921-1933, Feldgrau 13 (1965) S. 104-106, 152, 161-173
- 75) H.V.Bl. 1926, S. 9, 10
- 76) Edgar Graf von Matuschka, a.a.O., S. 317
- 77) Ebd., S. 320
- 78) Vgl. H.V.Bl. 1920, S. 845 ff. und H.V.Bl. 1926, S. 12 ff.
- 79) Wehrgesetz, § 13. H.V.Bl. 1921, S. 117
- 80) Die Ausführungen basieren auf dem Beitrag von Rolf Güth: Die Organisation der deutschen Marine in Krieg und Frieden 1913-1933, in: Handbuch zur deutschen Militärgeschichte 1648-1939. Hg. v. Militärgeschichtlichen Forschungsamt durch Hans Meier-Welker und Wolfgang Groote. VII. (München: Bernard & Graefe, 1977), S. 318-336
- 81) H.V.Bl. 1922, S. 195
- 82) Edgar Graf von Matuschka, a.a.O., S. 340, 341
- 83) H.V.Bl. 1920, S. 989 ff.; M.V.Bl. 1925, Anlage Heft 2
- 84) A.V.Bl. 1873, S. 103
- 85) H.V.Bl. 1920, S. 989 ff.

- 86) Ebd.; siehe hierzu auch die Ranglisten des Deutschen Reichsheeres und die Ranglisten der Deutschen Reichsmarine.
- 87) Der Generalstabsarzt der Marine erhielt, sobald ihm der Rang eines Vizeadmirals verliehen war, die Dienstgradbezeichnung Marinegeneraloberstabsarzt. In der Reichswehr wurde während seiner aktiven Dienstzeit nur Dr. Uthemann im August 1920 zum Marinegeneraloberstabsarzt befördert. Vgl. Werner Bauer: Geschichte des Marinesanitätswesens bis 1945. (Berlin; Frankfurt a.M.: Mittler, 1958) S. 70
- 88) H.V.Bl. 1928, S. 87
- 89) Siehe Bestimmungen über Bekleidung und Ausrüstung des Reichsheeres vom 22. Dezember 1920 (H.V.Bl., S. 1013 ff.) mit den Änderungen vom 27. Juli 1927 (H.V.Bl., S. 91, 92).
- 90) Ebd.
- 91) Bauer, a.a.O., S. 104, 105
- 92) Vgl. Erhard Grunwald: Studien zum militärärztlichen Ausbildungswesen in Deutschland 1919-1949 (München, 1980), S. 54. Siehe auch "Marine-Sanitätsoffizier-Ergänzungs-Bestimmungen" (Mar.Sanoffz.Erg.Best.), in: M.V.Bl. 1924, S. 11 und Anlage 2 zu Heft 3 des Marineverordnungsblattes für 1924.
- 93) Hier: Rangliste des Deutschen Reichsheeres nach dem Stand vom 1. April 1923, 1. April 1924, 1. Mai 1925, 1. Mai 1926, 1. Mai 1927, 1. Mai 1928, 1. Mai 1929, 1. Mai 1930, 1. Mai 1931, 1. Mai 1932. Bearbeitet im Reichwehrministerium. Berlin: Mittler
Die "Stellenbesetzungen im Reichsheer" vom 16. Mai 1920, 1. Oktober 1920 und 1. Oktober 1921 enthalten keine Angaben über Sanitätsoffiziere. Für 1933 gab es keine Ranglisten.
- 94) Heinrich Hawickhorst: Die frühere Ausbildung und Laufbahn der Sanitätsoffiziere, Teil 1, in: Wehrmed.Mitt. (1958) H. 10, S. 131. Zitiert nach: Grunwald, Studien ..., a.a.O., S. 54
- 95) Vgl. Grunwald: Studien ..., a.a.O., S. 55-62
- 96) H.V.Bl. 1922, S. 209
- 97) Edgar Graf von Matuschka, a.a.O., S. 316
- 98) Die Beschreibung der Aufgaben des Sanitätsinspektors beruht auf dem Text der Verordnungen des Reichspräsidenten vom 11. August 1920 (H.V.Bl., S. 841 ff.) und vom 28. Januar 1926 (H.V.Bl., S. 9 ff.) über "Befehlsbefugnisse im Reichsheer".
- 99) Ebd.
Die Umbenennung erfolgte durch Verordnung des Reichspräsidenten vom 9. Dezember 1919. (H.V.Bl. 1920, S. 30)
- 100) Zur Disziplinarstrafgewalt des Sanitätsinspektors siehe § 18 der Disziplinarstrafordnung für das Reichsheer vom 18. Mai 1926. (H.D.St.O.)
Den übrigen Angaben zur Sanitätsinspektion (S.In.) liegen zu Grunde die Ausführungen des ehemaligen Leiters des Organisa-

tionsreferates der S.In., Hans Hartleben: Die organisatorische Entwicklung des Heeres-Sanitätswesens von 1930 bis 1943. Teil I., in: Wehrmed.Mitt. (1960) H. 8, S. 129-133, hier S. 131

- 101) Vgl. Bauer, a.a.O., S. 107
- 102) Vgl. Dülffer, a.a.O., S. 315
- 103) H.V.BI. 1933, S. 46
- 104) Vgl. "Reisebefugnisse der Sanitätsoffiziere", in: H.V.BI. 1930 S. 98 ff.
- 105) Ebd.
- 106) H.V.BI. 1933, S. 46
- 107) Vgl. Ausführungsbestimmungen zum Heereshaushalt 1922 (H.V.BI. 1922, S. 161 ff.), die die Einrichtung von Wehrkreissanitätsdepots und chemischen Untersuchungsstellen vorsahen. Die Stationierungsorte entstammen "Gliederung und Standorte des Reichsheeres und der Reichsmarine nach dem Stand vom Herbst 1929". (Berlin: Mittler, 1929), S. 55-63
- 108) Die Aufgaben der chemischen Untersuchungsstellen umfaßten ursprünglich nur "kleinere chemische Untersuchungen" (vgl. H.V.BI. 1922, S. 165, Ziff. 12c). Sie wurden im Verlaufe der Jahre deutlich erweitert (vgl. H.Dv. 193/6, Ziff. 46 III).
- 109) Vgl. Hartleben, in: Wehrmed.Mitt. (1960) H. 8, S. 131
- 110) Die Aufgaben sind aus den Sanitätsberichten über das Reichsheer für die Jahre 1922-1933 entnommen.
- 111) Siehe "Stärkenachweisung der Kommandobehörden und Truppen des Reichsheeres" (Neudruck 1928), zitiert nach Koch, in: Feldgrau 13 (1965) S. 106
- 112) Die "zur praktisch wissenschaftlichen Durchbildung" zu Universitätskliniken und größeren Zivilkrankenhäusern kommandierten Oberärzte und Assistenzärzte erhielten ein monatliches Kommandogeld von 50 M. (Vgl. "Ausführungsbestimmungen zum Heereshaushalt 1921", H.V.BI. S. 159, Ziff. 17b)
- 113) Siehe Hartleben, in: Wehrmed.Mitt. (1960) H.8, S. 129,130
- 114) Die auf Grund des § 14 (3) des Wehrgesetzes unter Berücksichtigung der landsmannschaftlichen Zugehörigkeit für die Sanitäts-Abteilungen festgelegten landsmannschaftlichen Bezeichnungen und landsmannschaftlichen Abzeichen sind im H.V.BI. 1922, S. 231 ff. abgedruckt.
- 115) § 18 der Disziplinarstrafordnung für das Reichsheer
- 116) Siehe H.V.BI. 1931, S. 209
- 117) Die Personalstärken in Tabelle 4 beinhalten die ab 1.4.1929 gültigen Soll-Stärken für Sanitätsunteroffiziere und -mannschaften (gemäß H.V.BI. 1929, S. 82). Bei den angegebenen Personalstärken für Sanitätsoffiziere handelt es sich dagegen um Ist-Stärken, die aus der Rangliste des Reichsheeres für das Jahr 1929 zusammengestellt wurden.

- 118) Siehe Hartleben, in: Wehrmed.Mitt. (1960) H. 8, S. 130
- 119) H.V.Bl. 1920, S. 981, Nr. 1305, Ziff. IV H 2.
Der Briefkopf lautete: "Sanitätsstaffel, Standortarzt" (nach Hartleben, in: Wehrmed.Mitt. (1961) H. 6, S. 95)
- 120) Siehe Hartleben, in: Wehrmed.Mitt. (1960) H. 8, S. 130
- 121) § 18 der Disziplinarstrafordnung für das Reichsheer
- 122) Ebd.
- 123) Siehe Hartleben, in: Wehrmed.Mitt. (1961) H. 6, S. 95, 96
- 124) Vgl. Koch, in: Feldgrau 13 (1965) S. 169
- 125) Siehe hierzu Edgar Graf von Matuschka, a.a.O., S. 334
- 126) Siehe Koch, in: Feldgrau 13 (1965) S. 168
- 127) Zur Ausbildung der Rekruten der Sanitäts-Abteilungen bei den Fahr- und Kraftfahr-Abteilungen siehe die Ausführungsbestimmungen in H.V.Bl. 1921, S. 227.
Zur Ergänzung der Sanitätsmannschaften siehe Edgar Graf von Matuschka, a.a.O., S. 337
- 128) Zur Personalausstattung der Sanitätsämter siehe Rangliste der Deutschen Reichsmarine für das Jahr 1928, S. 32, 33.
- 129) M.V.Bl. 1930, S. 109, Nr. 133
- 130) Ebd.
- 131) Vgl. Bauer, a.a.O., S. 102
- 132) Die Organisation des Marinesanitätswesens wurde für die Deutsche Reichsmarine am 15. Juli 1925 neu festgelegt. Siehe hierzu M.V.Bl. 1925, S. 109.
- 133) Vgl. Bauer, a.a.O., S. 109
- 134) Siehe M.V.Bl. 1936, S. 511-513
- 135) R.G.Bl. 1925, S. 1263
- 136) H.V.Bl. 1920, S. 905-909
- 137) H.V.Bl. 1928, S. 28
- 138) H.V.Bl. 1932, S. 9, 10
- 139) Durch das Besoldungsgesetz vom 16. Dezember 1927 (R.G.Bl. 1927, S. 349 ff.) traten an die Stelle der Besoldungsgruppen A. I bis A. XIII die Besoldungsgruppen C 22 bis C 4. Die Generale/Admirale wurden den Besoldungsgruppen C 3 bis C 1 zugeordnet.
Zur Einreihung der einzelnen Dienstgrade in die neue Besoldungsordnung C siehe H.V.Bl. 1928, S. 79, 80
- 140) Die Heilfürsorgebestimmungen wurden in der Wehrmacht-Sanitäts-Vorschrift (Wm.San.V.) - Teil 2 Heilfürsorge mit Kurbestimmungen vom 16. Mai 1933 (H.Dv. 193/2, M.Dv. Nr. 270/2) zusammengefaßt.
- 141) Wm.San.V. - Teil 2, Ziff. 5

- 142) Wm.San.V. - Teil 2, Ziff. 9
- 143) H.V.BI. 1920 S. 905, Nr. 1178, Ziff. 3
- 144) Ebd.
- 145) Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 165
- 146) Wm.San.V. - Teil 2, Ziff. 23
- 147) Ebd.
- 148) Vgl. von Seeckt, a.a.O., S. 133
- 149) H.V.BI. 1931, S. 233
- 150) Ebd.
- 151) Siehe Bestimmungen über Führungsbücher, Führungskontrollen, persönliche Ausweise, Waffenführen und Soldatenfamilienarztkarten (Führ.Best.). M.Dv. Nr. 15., Ziff. 6 und Anlage 6 (Muster)
- 152) Vgl. Steffan: Heilfürsorge der Soldatenfrauen und -kinder, in: Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1922, S. 23-25
- 153) Wm.San.V. - Teil 2, Ziff. 45, 46
- 154) Frauen- und Kinderstationen gab es nur inoffiziell. Gemeint waren jene Stationen, welche nach Lage und Maßgabe vorhandener freier Betten gestatteten, Familienangehörige aufzunehmen. (Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1922, S.20 (Fußnote))
- 155) Wm.San.V. - Teil 2, Ziff. 47 (Neuregelung seit 1928)
- 156) Grunwald, Studien ..., a.a.O., S. 64
- 157) Im Reichsheer kamen auf 1000 Soldaten 2,9 Sanitätsoffiziere, in den anderen europäischen Armeen durchschnittlich 4-5, in Amerika sogar 8 Sanitätsoffiziere. Zitiert nach: Grunwald, Studien ..., a.a.O., S. 55.
- 158) Vgl. Stöhr: Einiges über Krankheitsbeurteilung und Indikation in der praktischen Heereschirurgie der Nachkriegszeit. Veröff. Heer-San.wes., Berlin, H. 85 (1931) S. 259-274, hier S. 273
- 159) Vgl. von Seeckt, a.a.O., S. 130
- 160) Ebd.
- 161) Siehe gemeinsamer Erlaß des Reichswehrministers und des Reichsarbeitsministers vom 27. September 1919, Nr. 1577/9. 19. C2R/Nr. IV.9760, betr. Übergang des Militär-Versorgungswesens auf das Reichsarbeitsministerium. H.V.BI. 1919, S. 163,164
- 162) Siehe gemeinsamer Erlaß des Reichswehrministers und des Reichsarbeitsministers vom 29. September 1919, 2646/9. 19. S1/IV.9761., betr. Übergang der ärztlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge auf das Reichsarbeitsministerium. H.V.BI. 1919, S. 174,175
- 163) Vgl. Franz Schweyer: Der Wiederaufbaugedanke in der Kriegsversorgung und Kriegsfürsorge.Dtsch.mil.ärztl.Zschr. 49 (1920) S.2-12
- 164) R.G.BI. 1920, S. 989 ff.

- 165) R.G.Bl. 1920, S. 393 ff.
- 166) Robert Vorberg/Hans van Nuis: Das Recht der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen. (Herford: Amberger & Maschmeyer, 1966), S. 11 ff.
- 167) Bauer, a.a.O., S. 102
- 168) Siehe gemeinsamer Erlaß des Reichsarbeitsministers, Nr. IV.699/12.19.Z.A.1, und des Reichswehrministers, Adm.B. Nr. G.I.3961, vom 11. Dezember 1919, betr. Übergang der ärztlichen Versorgung der Reichsmarine auf das Reichsarbeitsministerium. H.V.Bl. 1919, S. 529,530
- 169) Siehe Sanitätsbericht über das Reichsheer 1922, S. 8
- 170) Durch Erlaß des Reichswehrministeriums vom 17.2.1922 (H.V.Bl., S. 79) wurde angeordnet, daß im Heer der Revierkrankendienst (Revierdienst) - vgl. §§ 12 bis 15 F.S.O. - künftig die Bezeichnung "Truppenkrankendienst", die Revierkrankenstube die Bezeichnung "Truppenkrankenstube" / "erweiterte Truppenkrankenstube" führt. Die bislang verbindlichen Bezeichnungen revierkrank, Revierkranke und Revierbehandlung wurden durch die Bezeichnung "truppenkrank", "Truppenkranke" und "Behandlung in Truppenkrankenstuben" ersetzt. Das gemäß § 15 F.S.O. zu führende Revierkrankenbuch erhielt die Bezeichnung "Krankenmeldebuch". Infolge gemeinsamer Herausgabe der Reichswehr-Sanitäts-Vorschrift für Heer und Marine wurden ab 1. Januar 1932 die "Truppenkrankenstube" in "Krankenrevier" / "erweitertes Krankenrevier" und der "Truppenkrankendienst" in "Revierdienst" umbenannt (H.V.Bl. 1932, S. 244).
- 171) Die Raumgebühr für die Reichswehr wurde durch gemeinsamen Erlaß vom 6. März 1922 (H.V.Bl., S. 117,118) festgesetzt. Danach waren für die Truppenkrankenstube eines Infanterie-Bataillons (Arzt-, Untersuchungs- und Krankenstube 90 m² vorgesehen. Zur Zusammensetzung der Raumgebühr und Ausstattung der Truppenkrankenstuben siehe Sanitätsbericht über das Reichsheer 1922, S. 8
- 172) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1922, S. 8
- 173) R.G.Bl. 1919, S. 1801
- 174) Die Organisationsänderungen betr. Zuständigkeit des Reichswehrministeriums erfolgten durch Erlaß des Reichspräsidenten vom 6. Juni 1921 (H.V.Bl., S. 243). Darin war zusätzlich zu den zitierten Weisungen angeordnet, daß eine Unterbrechung des Dienstbetriebes durch die verfügten Maßnahmen nicht eintreten durfte.
- 175) Vgl. von Seeckt, a.a.O., S. 134
- 176) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1922, S. 9
- 177) F.S.O., § 42
- 178) F.S.O., § 47
- 179) H.V.Bl. 1921, S. 344
- 180) Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 5

- 181) H. Müller: Krankheiten Statistik, in: Lehrbuch der Militärhygiene. (Berlin: Springer, 1936), S. 723
- 182) Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 6,7
- 183) Ebd., Ziff. 8
- 184) Ebd., Ziff. 10
- 185) Hierzu wurden die Wm.San.V. - Teil 5 und die Heilfürsorgebestimmungen sowie die jährlichen Sanitätsberichte über das Reichsheer bzw. über die Reichsmarine ausgewertet.
- 186) Vgl. von Seeckt, a.a.O., S. 99, 100
- 187) Siehe Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1921, S. 25
- 188) Siehe Sanitätsbericht über das Reichsheer 1922, S. 8 und Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1921, S. 24, 25
- 189) Von der Heeres-Sanitätsinspektion im Reichswehrministerium wurde jährlich ein "Sanitätsbericht über das Reichsheer" herausgegeben, der neben rein zahlenmäßigen, tabellarischen Angaben einen Bericht über Krankenzugang und -abgang im allgemeinen, über bemerkenswerte Erkrankungen und Verletzungen, über die Tätigkeit der Bakteriologischen und Chemischen Untersuchungsstellen und über die Entwicklung der Krankenunterkunft (Lazarette und Truppenkrankenstuben) enthielt.
- 190) Siehe Sanitätsbericht über das Reichsheer 1925, S. 8
- 191) Siehe Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1925, S. 21
- 192) Siehe Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1923, S. 22
- 193) Siehe Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1925, S. 21
- 194) Hans-Anton Adams: Deutsche Marinelazarette von den Anfängen bis heute. (Köln, Diss., 1978), S. 90
- 195) 1936 wurde die Beilage 11 der F.S.O. durch die "Richtlinien für die Bauausführung beim Neubau von Lazaretten vom 21.1. 1936". Hg. Der Oberbefehlshaber des Heeres. (Berlin: Reichsdruckerei, 1936) ersetzt.
- 196) "Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalten sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen vom 8. Juli 1911", abgedruckt im Preussischen Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten 1911, Nr. 15
"Vorschriften betr. Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen vom 30. März 1920", abgedruckt im Zentralblatt für das Deutsche Reich 1920, Nr. 17
- 197) Siehe F. Paalzow: Grundsätze über den Bau und Betrieb der Militärlazarette im Vergleich mit denen der Zivilkrankenhäuser. Berliner.klin.Wschr. 40 (1913) S. 1839-1844, hier S. 1841
- 198) Vgl. F.S.O., Beilage 11 vom 14.10.1904, § 5
- 199) Ebd., § 6
- 200) Ebd., § 4

- 201) Ebd., § 7
- 202) Ebd., § 8
- 203) Ebd., §§ 9, 10
- 204) Ebd., § 11
- 205) Ebd., § 46. Siehe dazu auch: Maue, Lazarettgarten und Vogelschutz. Dtsch.mil.ärztl.Zschr. 43 (1914) S. 201-212
- 206) Vgl. F.S.O., Beilage 11, § 12
- 207) Ebd., § 18
- 208) Ebd., § 21
- 209) Ebd., § 20
- 210) Ebd., §§ 13, 14
- 211) Ebd., § 22; vgl. auch Wm.San.V. - Teil 2, Ziff. 25
- 212) Vgl. F.S.O., Beilage 11, § 19
- 213) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 23
- 214) Vgl. F.S.O., Beilage 11, § 22
- 215) Ebd., § 19
- 216) Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 24
- 217) Ebd., Ziff. 26, 27
- 218) Ebd., Ziff. 135
- 219) Vgl. F.S.O., Beilage 11, § 25 und Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 150
- 220) Über die Nutzung der Untersuchungszimmer auf den Stationen für Operationen an Hals, Nase und Ohr sowie für Augenoperationen siehe Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1922, S. 94-95
- 221) Vgl. E. Waßmund: Sanitätsdienst in Lazaretten, in: Sanitätsdienst und Gesundheitspflege im Deutschen Heere. Hg. v. A. Villaret und F. Paalzow. (Stuttgart: Enke, 1909), S. 476-479
- 222) F.S.O., Beilage 11, § 26
- 223) Ebd., § 30
- 224) Ebd.
- 225) Ebd.
- 226) Vgl. Stöhr, a.a.O., S. 261
- 227) Ebd., S. 262
- 228) Mitteilung der Oberfinanzdirektion Nürnberg - Landesvermögens- und Bauabteilung -, vom 31.7.1986 an den Verfasser, auf Grund der dort vom ehemaligen Lagerlazarett Grafenwöhr gefundenen Baupläne.
- 229) Vgl. Lehrbuch der Militärhygiene (Berlin: Springer, 1936), S. 253
- 230) Vgl. Armin Opitz: Beiträge von Ärzten zur technischen Entwicklung diagnostischer Röntgenapparaturen vor 1935. Berlin, 1966

- 231) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 18, 19
- 232) Vgl. F.S.O., Beilage 11, § 32
- 233) Siehe §§ 95-98 F.S.O. sowie Wm.San.V. - Teil 6, Ziff. A.1-27 und B.1-8
- 234) Vgl. die Ausführungen in Abschnitt 3.3
- 235) Vgl. Wm.San.V. - Teil 6, Ziff. A. 45 und B. 15
- 236) F.S.O., Beilage 11, § 31
- 237) Ebd.
- 238) F.S.O., Beilage 11, §§ 20, 21, 31
- 239) Das Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften (U.f.S.) vom 29. September 1902 war in der Reichswehr als H.Dv. 59 verbindliche Ausbildungsvorschrift. Es wurde erst am 12. August 1939 durch eine Neufassung (Unterrichtsbuch für Sanitätsunteroffiziere und -mannschaften. H.Dv. 59, M.Dv. Nr. 275, L.Dv. 59) ersetzt.
- 240) Zur Organisation der Ausbildung in den Sanitätsschulen der Standortlazarette siehe Beilage 89 der F.S.O., die sinngemäß weitergalt.
- 241) Vgl. von Seeckt, a.a.O., S. 134
- 242) Vgl. Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1923, S. 20
- 243) Vgl. Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1921, S. 25
- 244) Vgl. Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1924, S. 103
- 245) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1923, S. 9
- 246) Vgl. Zentralblatt der Bauverwaltung (Zbl.Bauverwalt.) 44 (1924) S. 219
- 247) Vgl. Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1924, S. 103
- 248) Vgl. Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1925, S. 21 und Zbl.Bauverwalt. 45 (1925) S. 27
- 249) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1925, S. 8, 9
- 250) Ebd.
- 251) Der angegebene Zeitbedarf wurde durch Auswertung der Sanitätsberichte ermittelt.
- 252) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1928, S. 7-9
- 253) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1926, S. 8-10
- 254) Ebd.
- 255) Mit Untersuchungs- und Behandlungsbereich sind die Untersuchungs- und Behandlungsräume der Lazarette gemeint. Eine räumliche Trennung des Untersuchungs- und Behandlungsbereiches vom Pflegebereich, wie er nach heutigem Hygienestandard üblich ist, bestand in den Reichswehrlazaretten nicht. Die Untersuchungszimmer befanden sich, mit Ausnahme des Aufnahmezim-

zimmers, stets im Bereich der Bettenstationen/-abteilungen. Die ambulanten Patienten mußten sich deshalb zur Untersuchung und Behandlung durch "Spezialisten" (Fachärzte) regelmäßig auf die Krankenstationen/-abteilungen begeben.

- 256) Vgl. Zbl.Bauverwalt. 47 (1927) S. 30
- 257) Vgl. Zbl.Bauverwalt. 46 (1926) S. 54, 55
- 258) Vgl. Sanitätsbericht für das Reichsheer 1927, S. 8
- 259) Vgl. Zbl.Bauverwalt. 47 (1927) S. 62
- 260) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1929, S. 123, 124
- 261) Vgl. Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1930, S. 14
- 262) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1927, S. 8
- 263) Vgl. Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1926, S. 27
- 264) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1927, S. 10.
Bezüglich des StOLaz Bückeburg siehe "Beschreibung der Garnison Bückeburg", hier: Ergänzungen des Standortarztes Stabsarzt Dr. Neumüller vom 29.11.1928: "Das Lazarett ist im Besitz einer Radioanlage."
- 265) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1927, S. 9
- 266) Ebd., S. 8
- 267) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1928, S. 7, 8
- 268) Vgl. zu den angeführten Baumaßnahmen in Heereslazaretten den Sanitätsbericht über das Reichsheer 1929, S. 123-124 und zu den angeführten Baumaßnahmen im MLaz Wilhelmshaven den Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1929, S. 14
- 269) Vgl. Lehrbuch der Militärhygiene (Berlin: Springer, 1936), S. 257
- 270) Vgl. Zbl.Bauverwalt. 51 (1931) S. 46
- 271) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1930, S. 106-107
- 272) Vgl. Zbl.Bauverwalt. 51 (1931) S. 47
- 273) Siehe hierzu: "Der Umbau des Marinelazaretts Wilhelmshaven" in: Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1932, S. 28-29
- 274) Vgl. Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1933, S. 25
- 275) Siehe hierzu Oscar Schröder: Lazarettbau in der neuen Wehrmacht - ein Rückblick, Dtsch.Militärarzt 3 (1937) S. 73-76.
Siehe auch: Richtlinien für die Bauausführung beim Neubau von Lazaretten vom 21.1.1936.Hg. Der Oberbefehlshaber des Heeres Berlin: Reichsdruckerei, 1936
- 276) Vgl. Stöhr, a.a.O., S. 261, 262
- 277) Vgl. Beschreibung der Garnison Hannover, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aus aufgestellt. (Berlin: Mittler, 1896), S. 140
- 278) Nach der Rückführung des Heeres in den Friedenszustand galten wieder die Friedensvorschriften. (A.V.Bl. 1919, S. 387)

Vgl. auch den Erlaß des Reichs-Marine-Amtes vom 27. Januar 1919:

"Von der Einsendung der zum 1. April 1919 erbetenen Abänderungs- und Ergänzungsvorschläge zur Marinesanitätsordnung Entwurf 1917 (vgl. Marineverordnungsblätter 1917 S. 321 Nr. 323 und 1918 S. 292 Nr. 263) wird unter den jetzigen Verhältnissen abgesehen. ..." (M.V.Bl. 1919 S. 30)

- 279) Vgl. Hartleben, in: Wehrmed.Mitt. (1960) H. 8, S. 132
- 280) Siehe z.B. Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1921, S. 89
- 281) Ebd.
Siehe auch Sanitätsbericht über die Reichsmarine 1922, S. 95
- 282) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 97
- 283) Zur Ausstattung der Militärlazarette mit Sanitätsmaterial siehe § 94 F.S.O.
- 284) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 98
- 285) Zur Ausstattung der Militärlazarette mit Wäsche, Krankenkleidern und sonstigem Wirtschaftsgerät siehe § 175 F.S.O.
- 286) Vgl. Waßmund, a.a.O., S. 492-494
- 287) Ebd., S. 495-498
- 288) Vgl. F.S.O., Beilage 36
- 289) Ebd. (Vorbemerkungen)
- 290) H.V.Bl. 1932, S. 92 Nr. 251
- 291) In der Kaiserzeit hatte der Kommandant bzw. Garnisonälteste die Disziplinarstrafgewalt über das Dienstpersonal des Lazaretts vom Chefarzt einschließlich abwärts. Er war für die Disziplin unter den im Lazarett befindlichen Kranken und zukommandierten Soldaten verantwortlich (!) und hatte die Kontrolle über alle Zweige der Lazarettverwaltung. (§ 61 F.S.O.)
- 292) In der Reichswehr hatte der Chefarzt die Disziplinarstrafgewalt über alle Soldaten des Sanitätsdienstes, die übrigen Soldaten und Reichswehrbeamten seines Befehlsbereiches sowie über die zur Behandlung im Lazarett befindlichen Kranken. (§ 18 der Disziplinarstrafordnung für das Reichsheer)
- 293) Vgl. Hartleben, in: Wehrmed.Mitt. (1960) H. 8, S. 130
- 294) Angaben über das Sanitätspersonal in den "Stärkenachweisungen der Kommandobehörden und Truppen des Reichsheeres" (Ausgabe 1928) finden sich bei Koch, in: Feldgrau 13 (1965) S. 104-106, S. 152, 161-173
- 295) Ranglisten des Deutschen Reichsheeres nach dem Stand vom 1. April 1923, 1. April 1924, 1. Mai 1925, 1. Mai 1926, 1. Mai 1927, 1. Mai 1928, 1. Mai 1929, 1. Mai 1930, 1. Mai 1931, 1. Mai 1932. Bearbeitet im Reichswehrministerium. Berlin: Mittler
- 296) Ranglisten der Deutschen Reichsmarine nach dem Stand vom

5. März 1922, 10. Juni 1923, 1. November 1924, 1. November 1925, 20. November 1926, 5. Januar 1928, 1. Januar 1929, 5. November 1930, 1. November 1931, 4. November 1932. Bearbeitet im Reichswehrministerium (Marineleitung). Berlin: Mittler
- 297) Vgl. H.V.Bl. 1920, S. 841 Nr. 1086 und M.V.Bl. 1929, S. 96 Nr. 164
- 298) Vgl. § 59 F.S.O. und Wm.San.V. - Teil 5
- 299) Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 61
- 300) § 18 der Disziplinarstrafordnung für das Reichsheer
- 301) Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 61
- 302) Siehe Disziplinarstrafordnung für das Reichsheer, § 18
- 303) Ebd., §§ 13, 18
- 304) Ebd., § 18
- 305) Siehe Urlaubsordnung vom 15. Mai 1920 (H.V.Bl. 475 ff.) mit der Änderung vom 17.1.1925 (H.V.Bl., S. 7), die die Zuständigkeit für die Gewährung von Sonderurlaub sowie von Tages- und Nachturlaub auf die Chefärzte/Leitenden Ärzte der Lazarettabteilungen übertrug.
Grund und Dauer des gewährten Sonderurlaubs waren vom Chefarzt dem zuständigen Truppenteil mitzuteilen (Tages- und Nachturlaub nicht).
- 306) H.V.Bl. 1921, S. 519
- 307) Ebd.
- 308) Die Regelung der Arbeitszeit in den Reichsheerlazaretten hatte gemäß Verordnung vom 13. Februar 1924 (H.V.Bl., S. 35) nach der Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten vom 13. Februar 1924 (R.G.Bl., S. 66) zu erfolgen.
- 309) Siehe H.V.Bl. 1924, S. 9 Nr. 34 und S. 69 Nr. 32
Die wöchentliche Gesamtarbeitsleistung in den Geschäftszimmern hatte mit Ausnahme von Berlin und Hamburg 54 Stunden zu umfassen.
- 310) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 87-96 und F.S.O., §§ 219, 221
- 311) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 90
- 312) Vgl. F.S.O., § 220
- 313) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 88
- 314) H.V.Bl. 1931, S. 244 Nr. 651
- 315) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 71, 80
- 316) Nach § 73 F.S.O. waren folgende Reihenfolge und Stationsbezeichnungen verbindlich:
- a. Station für äußerlich Kranke,
 - b. Station für innerlich Kranke,
 - c. Station für Augen- und Ohrenkranke,
 - d. Station für Venerische und Hautkranke.

- 317) H.V.Bl. 1931, S. 244 Nr. 651
- 318) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 58, 60
- 319) Vgl. F.S.O., § 187
- 320) Vgl. F.S.O., § 147
- 321) Ebd.
- 322) H.V.Bl. 1931, S. 244 Nr. 651
- 323) Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 63
- 324) Ebd., Ziff. 60
- 325) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 62
- 326) Ebd., Ziff. 65
- 327) Vgl. F.S.O., § 76
- 328) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 65
- 329) Ebd., Ziff. 66
- 330) Vgl. F.S.O., §§ 81, 83, 84
- 331) Vgl. hierzu F.S.O., § 97 und Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 99-101
- 332) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 68
- 333) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 65
- 334) Ebd., Ziff. 69
- 335) Ebd., Ziff. 67, 69
- 336) Ebd., Ziff. 70, 71
- 337) Ebd., Ziff. 60
- 338) Ebd., Ziff. 77
- 339) Ebd., Ziff. 75, 76
- 340) Ebd., Ziff. 79
Vgl. hierzu auch die Bestimmungen über Kasernenbenutzungs-
pflicht für Wehrmachtsangehörige/Sanitätsoffiziere (H.V.Bl. 1928,
S. 77 ff.)
- 341) Vgl. F.S.O., § 59, Ziff. 5
- 342) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 113-115
- 343) Vgl. Grunwald: Studien ..., a.a.O., S. 64, 65
- 344) Wie Anmerkung 239
- 345) Siehe Sanitätsberichte über das Reichsheer bzw. über die
Deutsche Reichsmarine für die Jahre 1922-1933
- 346) Siehe hierzu Wm.San.V. - Teil 5, Anlage 2 "Grundsätze für die
Beschäftigung von Krankenpflegerinnen in Reichswehrlazaretten".
- 347) Ebd.
Der Tarifvertrag ist abgedruckt im Reichsbesoldungsblatt 1928,
S. 7 ff.

- 348) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 80
- 349) Ebd., Anlage 4
- 350) Ebd., Ziff. 82
- 351) Ebd., Ziff. 81
Zum Dienstgrad siehe H.V.BI. 1926, S. 125
- 352) Vgl. Poeppel: Diätküchen in Heereslazaretten. Veröff.Heer.-San.wes., Berlin, H. 85 (1931) S. 230-247, hier S. 242
- 353) Vgl. F.S.O., § 47
- 354) Ebd., Beilage 20 "Dienstanweisung für Krankenwärter"
- 355) Vgl. F.S.O., § 65 und Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 121
- 356) Ebd.
- 357) Vgl. F.S.O., § 67 und Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 124
- 358) Ebd.
- 359) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 130
Siehe auch Anhang Nr. 24 (Muster Lazarettschein)
- 360) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 128
- 361) Vgl. H.V.BI. 1925, S. 125 Nr. 465
- 362) Vgl. H.V.BI. 1927, S. 21 Nr. 99
- 363) Vgl. H.V.BI. 1922, S. 302 Nr. 417 mit Klarstellung durch H.V.BI. 1933, S.168 Nr. 506
- 364) Vgl. F.S.O., § 68 und Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 131
sowie Wm.San.V. - Teil 8, Ziff. 37
- 365) Siehe F.S.O., § 68, Ziff. 4, in der im H.V.BI. 1928, S. 102 bekanntgegebenen Fassung.
- 366) Vgl. F.S.O., § 68, Ziff. 1-3
- 367) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 140, 141.
Reisetage galten bei Überweisungen als Behandlungstage und wurden dort gezählt, von wo die Reise angetreten wurde - vorausgesetzt, daß der Kranke nach der Mittagsmahlzeit ankam (siehe Wm.San.V. - Teil 8, Ziff. 42).
- 368) Vgl. Eckl: Zur Einrichtung von Diätküchen in Heereslazaretten. Veröff.Heer.-San.wes., Berlin, H. 85 (1931) S. 219-229
- 269) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 104-106
- 370) Vgl. F.S.O., § 203
- 371) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1926, S. 10
- 372) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 142, 144-145
- 373) Ebd., Ziff. 143
- 374) Vgl. F.S.O., § 79
- 375) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 39, 41, 43

- 376) Ebd., Ziff. 44
- 377) Ebd.
- 378) Ebd., Ziff. 116
- 379) Ebd., Ziff. 120
- 380) Ebd., Ziff. 149
- 381) Vgl. "Ergänzungsbestimmungen über Gewährung der Besoldung unter besonderen Verhältnissen im Reichsheer" vom 30.10.1923 (H.V.Bl., S. 578 ff.) bzw. vom 4.5.1928 (H.V.Bl., S. 51 ff.).
- 382) Vgl. F.S.O., § 125 und Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 153
- 383) Vgl. Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 155, 156
- 384) Ebd., Ziff. 158, 159
- 385) Ebd., Ziff. 161, 162
- 386) Ebd., Ziff. 165
- 387) Über das Verfahren bei Todesfällen im Lazarett, bei der Obduktion und bei der Beerdigung verstorbener Soldaten siehe F.S.O., §§ 134-138 und Wm.San.V. - Teil 5, Ziff. 176-214.
Die Übersendung der Obduktionsprotokolle an die zuständigen Truppenärzte wurde mit Erlaß vom 26.3.1926 (H.V.Bl., S. 37) angeordnet.
- 388) Vgl. Wm.San.V. - Teil 8, Ziff. 17,18 über das vom zuständigen Truppenarzt zu führende "Krankenbuch" und Ziff. 44, 45 über die "Ärztliche Benachrichtigungen".
- 389) Vgl. H.V.Bl. 1919, S. 367 Nr. 517
- 390) Siehe "Vorbemerkungen" zu den abgekürzten Sanitätsberichten über das Reichsheer der Jahre 1921 und 1923/1924.
- 391) Vgl. Militärärztliche Berichtsweisung für das Reichsheer (B.A.H.). H.Dv. 112. Berlin: Mittler, 1922
- 392) Vgl. Reichswehr-Sanitäts-Vorschrift (Rw.San.V). Teil 8 Ärztliche Berichtsweisung (B.A.) vom 19. Oktober 1931. H.Dv. 193/8, M.Dv. Nr. 270/8. Berlin: Mittler, 1931
- 393) Der Sanitätsbericht über das Reichsheer für das Jahr 1931 konnte nicht ausgewertet werden, weil kein Exemplar erreicht werden konnte. Die Angaben für das Jahr 1931 wurden daher, soweit möglich, den Sanitätsberichten für das Jahr 1932 bzw. für die Jahre 1933-1935 entnommen.
- 394) Vgl. "Vorbemerkungen" zu den Sanitätsberichten.
- 395) H. Müller: Krankheiten-statistik, in: Lehrbuch der Militärhygiene. Hg. v. A. Waldmann und W. Hoffmann. (Berlin: Springer, 1936), S. 672-743, hier S. 720
- 396) Vgl. Fr. Jungblut: Rekrutierungsstatistik, in: Lehrbuch der Militärhygiene. Hg. v. A. Waldmann und W. Hoffmann. (Berlin: Springer, 1936), S. 662
- 397) H. Müller, a.a.O., S. 729

- 398) Vgl. H. Müller, a.a.O., S. 729
- 399) Ebd., S. 723
- 400) Vgl. Berichterstattung über "äußere Einwirkungen" in den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924-1933.
- 401) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1926, S. 69
- 402) Vgl. H. Müller, a.a.O., S. 735
- 403) Vgl. H. Müller, a.a.O., S. 726
- 404) Ebd.
- 405) Vgl. H. Müller, a.a.O., S. 726
- 406) Ebd., S. 727
- 407) Vgl. Berichterstattung über "Krankheiten der Atmungsorgane" in den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924-1933.
- 408) Vgl. Berichterstattung über "Krankheiten der Kreislauforgane" in den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924-1933.
- 409) Vgl. H. Müller, a.a.O., S. 734
- 410) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1929, S. 117
- 411) Vgl. Berichterstattung über den "Krankenabgang" in den Sanitätsberichten über das Reichsheer 1924-1933.
- 412) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1925, S. 87
Zum Weserunglück siehe H. Fischer: Der deutsche Sanitätsdienst 1921-1945. Bd. 1. (Osnabrück, 1982) S. 21
- 413) Vgl. Sanitätsbericht über das Reichsheer 1922, S. 88
- 414) Vgl. Franz und Müller: Der Gesundheitsindex des Heeres.
Dtsch.med.Wschr. 57 (1932) S. 1296-1297.
- 415) Ebd.
- 416) Siehe Poeppel: Diätküchen in Heereslazaretten. Veröff.Heer.-San.wes., Berlin, H. 85 (1931) S. 230-247, hier S. 242
- 417) Siehe Edgar Graf von Matuschka, a.a.O., S. 343:
Für die Soldaten der Reichswehr war die Teilnahme am Gottesdienst freiwillig. Doch galt der allgemeine Grundsatz, nur derjenige habe das Recht, vom gemeinsamen Kirchgang fernzubleiben, der "ausdrücklich" auf eine kirchliche Feier bei seiner Trauung, auf die Taufe seiner Kinder und auf ein kirchliches Begräbnis verzichte.

9. Literaturverzeichnis

Absolon, Rudolf: Die Wehrmacht im Dritten Reich. Mit einem Rückblick auf das Militärwesen in Preußen, im Kaiserreich und in der Weimarer Republik. 3 Bde. Boppard am Rhein 1969, 1971, 1975

Adams, Hans-Anton: Deutsche Marinelazarette von den Anfängen bis heute. Zur Typologie eines Sonderkrankenhauses im Spannungsfeld medizinischer und politischer Entwicklung. Köln, Diss., 1978

Armee-Verordnungsblatt. Hg.v. Kriegsministerium. Jg. 52, 53/1918, 1919. Berlin: Reichsdruckerei

Artelt, Walter, Edith Heischkel und Carl Wehmer: PERIODICA MEDICA. Titelabkürzungen Medizinischer Zeitschriften. Vierte, neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme, 1952

Ärztliche Berichtanweisung für die Reichsmarine (B.A.M). M.Dv. Nr. 272. Berlin: Mittler, 1922

Bauer, W(erner): Einiges aus der Geschichte der ehemaligen Marinelazarette. Wehrmed.Mschr. 29 (1985) S. 359 - 364

Bauer, Werner: Geschichte des Marinesanitätswesens bis 1945. Beiheft 4 der Marine-Rundschau. Berlin-Frankfurt/M, 1958

Beck, Wolfgang: Zur Geschichte der Militärlazarette im nördlichen Deutschland, von den Anfängen bis um 1900. Köln, Diss. 1980

Beschreibung der Garnison Bremen, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt. Hg. v. der Medizinal-Abteilung des Königlich Preußischen Kriegsministeriums. Berlin: Mittler, 1893

Beschreibung der Garnison Bückeburg, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt. Handschriftliche Aufzeichnungen der Garnisonärzte/Standortärzte aus Bückeburg aus den Jahren 1880-1935. Krankenhaus Bethel, Bückeburg

Beschreibung der Garnison Cassel, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt. Hg. v. der Medizinal-Abteilung des Königlich Preußischen Kriegsministeriums. Berlin: Mittler, 1893

Beschreibung der Garnison Hannover, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt. Hg. v. der Medizinal-Abteilung des Königlich Preußischen Kriegsministeriums. Berlin: Mittler, 1893

Beschreibung der Garnison München, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt. Handschriftliche Aufzeichnungen der Garnisonärzte München aus den Jahren 1890-1912. Bayerisches Hauptstaatsarchiv - Abt. IV Kriegsarchiv - MKr 10 322, 10 324

Beschreibung der Garnison Nürnberg, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt. Handschriftliche Aufzeichnungen der Garnisonärzte Nürnberg aus den Jahren 1890-1900. Bayerisches Hauptstaatsarchiv - Abt. IV Kriegsarchiv - MKr 10 328

Beschreibung der Garnison Stettin, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt. Hg. v. der Medizinal-Abteilung des Königlich Preußischen Kriegsministeriums. Berlin: Mittler, 1893

Beschreibung der Garnison Würzburg, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt. Handschriftliche Aufzeichnungen der Garnisonärzte Würzburg aus den Jahren 1890-1911. Bayerisches Hauptstaatsarchiv - Abt. IV Kriegsarchiv - MKr 10 355, 10 356

Beschreibung der Militärkuranstalten und Genesungsheime, vom Standpunkt der Gesundheitspflege aufgestellt. Hg. v. der Medizinal-Abteilung des Königlich Preußischen Kriegsministeriums. Berlin: Mittler, 1893

Bestimmungen über Führungsbücher, Führungskontrollen, persönliche Ausweise, Waffenführen und Soldatenfamilienarztkarten (Führ. Best.). M.Dv. Nr. 15). Neudruck 1932. Berlin: Reichsdruckerei, 1932

Braatz, Ulrich: Ehemalige Deutsche Ärzte der Armee und Marine als Wissenschaftler - Zugleich ein Beitrag zur Entwicklung des Heeressanitätswesens. Berlin, Diss., 1954

Der Deutsche Militärarzt. Monatsschrift für die Sanitätsoffiziere des Heeres, der Kriegsmarine und der Luftwaffe. Jg. 1-9. Berlin: Springer, 1936-1944

Deutsche Wehrmachtseinteilung (Reichsheer und Reichsmarine) nach dem Stande vom Winter 1926/27. 7. Ausgabe. Berlin: Offene Worte, 1926

Die Weimarer Republik. Informationen zur politischen Bildung Nr. 109/110. Hg. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn, Neudruck 1985

Dienstanweisung zur Beurteilung der Dienstfähigkeit für das Heer und zur Ausstellung heeresärztlicher Zeugnisse (D.A.Df.) vom 22.3.1929. H.Dv. 251. Berlin: Offene Worte, 1929

- Dienstsanweisung zur Beurteilung der Dienstfähigkeit für die Marine und zur Ausstellung von marineärztlichen Zeugnissen (D.A.). H.Dv. 301, M.Dv. Nr. 249. Berlin: Mittler, 1928
- Disziplinarstraßordnung für das Reichsheer (H.D.St.O.) vom 18. Mai 1926. H.Dv. 216. Berlin: Bernard & Graefe, 1926
- Eckl, (o.V.): Zur Einrichtung von Diätküchen in Heereslazaretten. Veröff.Heer.-San.wes., Berlin, H. 85 (1931) S. 219-229
- Entseuchungs- und Entwesungsvorschrift für die Reichswehr. H.Dv. 194. Berlin: Mittler, 1925
- Fischer, H(ubert): Zum deutschen Sanitätsdienst im und nach dem Ersten Weltkrieg. Wehrmed.Mschr. 25 (1981) S. 91-92
- Fischer, Hubert: Der deutsche Sanitätsdienst 1921-1945. Organisation, Dokumente und persönliche Erfahrungen. Bd. 1. Osnabrück: Biblio, 1982
- Franz und Muller: Der Gesundheitsindex des Heeres. Dtsch.med.Wschr. 57 (1932) S. 1296-1297
- Friedens-Sanitäts-Ordnung (F.S.O.) vom 16. Mai 1891. Hg. v. Kriegsministerium. Berlin: Mittler, 1891
- Garnison-Verwaltungsordnung vom 4. September 1913 (GVO. Teil I, II, III). D.V.E. Nr. 303, 303a, 303b. H.Dv. 303, 303a. Berlin: Mittler, 1913
- Glaser, Kurt: Vom Reichsgesundheitsrat zum Bundesgesundheitsrat. Ein Beitrag zur Geschichte des Deutschen Gesundheitswesens. Stuttgart: Thieme, 1960
- Gliederung und Standorte des Reichsheeres und der Reichsmarine. Nach dem Stand vom Herbst 1929, verlegt bei E.S. Mittler & Sohn. Berlin, (1929)
- Goerke, Heinz: Aufgaben und Leistungen der früheren deutschen Militärärztlichen Bildungsanstalten. Wehrmed.Mschr. 20 (1976) S. 119-124
- Goerke, Heinz: Das Krankenhaus im Wandel seiner Aufgaben und Möglichkeiten. Krankenhaus 78 (1986) S. 115-120
- Goerke, Heinz: Deutsche Militärärzte als Wissenschaftler. Wehrmed.Wehrpharm (1977) H. 1, S. 10-17
- Goerke, Heinz: Die deutschen Militärärzte als Wegbereiter moderner medizinischer Ausbildung. Wehrmed.Wehrpharm. (1986) H. 1, S. 174-176
- Goerke, Heinz: Die Entwicklung der Krankenhausmedizin in den letzten Jahrzehnten. Krk.hs.-Umschau 44 (1975) S. 400-410

Goerke, Heinz: Krankenhausbau und Millieuveränderung im Wandel der Geschichte. Schwester/Pfleger 19 (1980) S. 744-747

Goerke, Heinz: Zur Geschichte des Lazarettwesens.
Wehrmed.Mschr. 30 (1986) S. 209-212

Grunwald, E(rhard): Die Gliederung der Sanitätstruppe und die personelle Ergänzung der Sanitätsoffiziere im Heer 1918/19 und 1934/36. Wehrmed.Mschr. 27 (1983) S. 430-434, S. 474-477

Grunwald, Erhard: Studien zum militärärztlichen Ausbildungswesen in Deutschland 1919-1945. Schriftenreihe der Münchener Vereinigung für Geschichte der Medizin e.V. Bd. 6. München, 1980

Handbuch zur deutschen Militärgeschichte 1648 - 1939. Hg v. Militärgeschichtlichen Forschungsamt Freiburg i. Br. durch Hans Meier-Welker und Wolfgang von Groote.
VI: Reichswehr und Republik (1918-1933). Reiner Wohlfeil: Heer und Republik. Edgar Graf von Matuschka: Organisation des Reichsheeres. Frankfurt/M: Bernard & Graefe, 1970.
VIII: Deutsche Marinegeschichte der Neuzeit. Rolf Güth: Die Organisation der deutschen Marine in Krieg und Frieden 1913-1933. Jost Dülffer: Die Reichs- und Kriegsmarine 1918-1939. München: Bernard & Graefe, 1977

Hartleben, Hans: Die organisatorische Entwicklung des Heeres-Sanitätswesens 1930 bis 1943.
Teil I. Wehrmed.Mitt. (1960) H. 8, S. 129-133.
Teil II. Wehrmed.Mitt. (1961) H. 6, S. 92-96

Hartmann, Elisabeth: Die Frühzeit der Röntgenologie in den bayerischen Garnisonlazaretten. München, Diss., 1980

Heeres-Verordnungsblatt. Hg. v. Reichswehrministerium.
Jg. 1-15. Berlin: Reichsdruckerei, 1919 - 1933

Hermann, F(riedrich): Status, Rangeinstufung und Uniformabzeichen der Militärärzte, -veterinäre, -apotheker und -zahnärzte mit Offiziersrang in den deutschen Streitkräften 1870-1914. Wehrmed.Mschr. 26 (1982) S. 226-234

Herrmann, F(riedrich): Bekleidung und persönliche Ausrüstung im Sanitäts- und Veterinärdienst der Streitkräfte des Deutschen Reichs. Wehrmed.Mschr. 29 (1985) S. 456-459, S. 506-511

Hofmann, (o.V.): Statistische Betrachtungen über die innere Struktur des Reichsheeres und deren Auswirkung auf das Psychopathenproblem in den Jahren 1921-1926. Veröff.Heer.-San.wes., Berlin, H. 85 (1931) S. 119-153

Jetter, Dieter: Geschichte des Hospitals. Bd. 1, Westdeutschland von den Anfängen bis 1850. Sudhoffs Archiv Gesch.Med.Naturw. Wiesbaden: Franz Steiner, 1966

Jetter, Dieter: Grundzüge der Krankenhausgeschichte (1800-1900). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1977

Klages, (o.V.): Über Abortbehandlung in der militärärztlichen Tätigkeit. Dtsch.mil.ärztl.Zsch. 40 (1911), S. 625-649

Kliche, Christian: Die Stellung der deutschen Militärärzte im Ersten Weltkrieg. Berlin, Diss., 1968

Koch, Horst-Adalbert: Das Reichsheer 1921-1932. Feldgrau 12 (1964) S. 25-30, 52-55, 93-95, 113-119, 133-140
13 (1965) S. 14, 19-22, 38-44, 78-91, 104-106, 152, 161-173

Koch, Horst-Adalbert: Von der alten Armee zur Reichswehr. Ein Überblick über Gliederung und Standorte der vorläufigen Reichswehr. Feldgrau 11 (1963) S. 2-6, 56-62, 91-96, 105-112, 13 (1965) S. 152, 161-173

Kriegs-Sanitäts-Ordnung (K.S.O.) vom 27. Januar 1907. Neudruck 1914 (H.Dv. 21). Hg. v. Kriegsministerium. Berlin: Mittler

Lang, (o.V.): Randbemerkungen zu den Preußischen Vorschriften (in der Bekanntmachung vom 8. 6. 1927) betr. Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sowie Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen. Zschr. Krkh.wes., Berlin, 24 (1928) H. 1 S. 1-4, H. 3 S. 63-67

Lehrbuch der Militärhygiene. Hg. H. Bischoff, W. Hoffmann und H. Schwiening. Bd. III: Hygiene der militärischen Unterkünfte (Kasernen, Lazarette, militärischen Bildungsanstalten usw.). Hygiene des Dienstes (Heeresergänzung, Dienstarbeit, Dienst der einzelnen Truppen usw.) bearb. v. W. Hoffmann und H. Schwiening. Bibliothek von Coler - von Schjerning. Bd. XXXIII. Berlin: August Hirschwald, 1911

Lehrbuch der Militärhygiene. Hg. v. A. Waldmann und W. Hoffmann. Berlin: Springer, 1936

Linde, Hans-Joachim: Von Berlin bis München. Kurze Geschichte der militärärztlichen Ausbildungsstätten. Wehrmed.Wehrpharm. (1977) H. 1, S. 24-25

Marinesanitätsordnung (Entwurf Neufassung). 2 Bde. Berlin, 1917

Marinesanitätsordnung. 3 Bde. Berlin, 1893

Marineverordnungsblatt. Hg. v. der Marineleitung (Reichswehrministerium). Jg. 50-65. Berlin: Mittler, 1919-1934

- Mauß, Wilh.: Ärztliche Nebengebäude bei neuzeitlichen Standortlazaretten. Dtsch.Militärarzt 3 (1938) S. 76-79
- Militärärztliche Berichtsweisung für das Reichsheer (B.A.H.). H.Dv. 112. Berlin: Mittler, 1922
- Müller, (o.V.): Die Entwicklung des militärärztlichen Standes und seiner Stellung im Heer. Veröff.Heer.-San.wes. Berlin, H. 108 (1939) S. 62-70
- Müller, E.: Die physikalisch-therapeutische Anstalt des Königl. bayerischen Garnisonlazaretts München. Dtsch.mil.ärztl.Zschr. 38 (1909) S. 745-760
- Müller-Sarnowski, Wilfried: Uniformen und Ausrüstungsgegenstände des Militär-Sanitätsdienstes in den Museen der Bundesrepublik Deutschland, Stand 1976. München, Diss. 1978
- Murken, Axel Hinrich: Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Bd. 9 der Studien zur Medizingeschichte des Neunzehnten Jahrhunderts. Hg. Walter Artelt, Edith Heischkel-Artelt, Gunter Mann. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1979
- Neugebauer, K.-V.: Quellen zur Geschichte der Wehrmedizin im Bundesarchiv-Militärarchiv. Wehrmed.Mschr. 26 (1982) S. 413-416
- Neumann, (o.V.): Die Entwicklung des Garnisonlazarethwesens in Preussen. Dtsch.mil.ärztl.Zschr 29 (1900) S. 557-564
- Opitz, Armin: Beiträge von Ärzten zur technischen Entwicklung diagnostischer Röntgenapparaturen vor 1935. Berlin. Diss., 1966
- Paalzow, F.: Grundsätze über den Bau und Betrieb der Militär-lazarette im Vergleich mit denen der Zivilkrankenhäuser. Berliner.klin.Wschr. 40 (1913) S. 1839-1844
- Poeppel, (o.V.): Diätküchen in Heereslazaretten. Veröff.Heer.-San.wes., Berlin, H. 85 (1931) S. 230-247
- Praktische Winke zur Anfertigung von Röntgenaufnahmen an Kriegsverwundeten. Hg. Reiniger, Gebbert & Schall A.G., 1915. Siemens-Archiv München
- Rangliste der Deutschen Reichsmarine nach dem Stand vom 5. März 1922, 10. Juni 1923, 1. November 1924, 1. November 1925, 20. November 1926, 5. Januar 1928, 1. Januar 1929, 5. November 1930, 1. November 1931, 4. November 1932. Bearbeitet im Reichswehrministerium (Marineleitung). Berlin: Mittler

Rangliste des Deutschen Reichsheeres nach dem Stand vom 1. April 1923, 1. April 1924, 1. Mai 1925, 1. Mai 1926, 1. Mai 1927, 1. Mai 1928, 1. Mai 1929, 1. Mai 1930, 1. Mai 1931, 1. Mai 1932. Bearbeitet im Reichswehrministerium. Berlin: Mittler

Rangliste des Königl. Preussischen Sanitäts-Offizierkorps und Dienstaltersliste dieses Sanitätskorps und der aktiven Sanitäts-offiziere des Königl. Württembergischen Sanitätskorps. Hierzu Anhang: Das Königl. Bayerische Sanitäts-Offizierkorps. Das Königl. Sächsische Sanitäts-Offizierkorps. Das Königl. Württembergische Sanitäts-Offizierkorps. Das Sanitäts-Offizierkorps der Kaiserl. Marine. Sanitäts-offiziere bei den Kaiserl. Schutztruppen. Mit Benutzung amtlicher Quellen zusammengestellt von Haecker. Geschlossen den 1. Oktober 1912, in: Medizinal-Kalender für das Jahr 1913. Berlin: August Hirschwald, 1913

Rehe, R. und F. Hippe: Kurze Übersicht zur Entwicklung der medizinischen Einrichtungen in deutschen Armeen nach den Befreiungskriegen 1813/14 bis 1945. Z.Militärmed., Berlin (Ost) 21 (1980) S. 218-221

Reichs-Medizinal-Kalender. Jg. 41-53/1920-1933. Leipzig: Thieme

Reichswehr-Sanitäts-Vorschrift (Rw.San.V. - Ziehdeckel). H.Dv. 193, M.Dv. Nr. 270. Berlin: Mittler, 1931

Reichswehr-Sanitäts-Vorschrift (Rw.San.V.). Teil 8 Ärztliche Berichterweisung (B.A.) vom 19. Oktober 1931. H.Dv. 193/8, M.Dv. Nr. 270/8. Berlin: Mittler, 1931

Richtlinien für die Bauausführung beim Neubau von Lazaretten vom 21.1.1936. Hg. Der Oberbefehlshaber des Heeres, Az. 63h 41 V 4 VII/4.12.35. Sln VI. Berlin: Reichsdruckerei, 1936

Ring, Friedrich: Zur Geschichte der Militärmedizin in Deutschland. Berlin (Ost): Deutscher Militärverlag, 1962

Sanitätsbericht über das Deutsche Heer (Deutsches Feld- und Besatzungsheer) im Weltkriege 1914/1918. (Deutscher Kriegssanitätsbericht 1914/18). Bearbeitet in der Heeres-Sanitätsinspektion des Reichswehrministeriums/Reichskriegsministeriums. 3 Bde. Berlin: Mittler, 1934, 1935, 1938

Sanitätsbericht über das Reichsheer für das Jahr 1921 (abgekürzt), 1922, 1923 (abgekürzt), 1924 (abgekürzt), 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1932, 1933/1934. Hg. v. der Sanitätsinspektion des Reichswehrministeriums. Berlin: August Hirschwald 1926, Mittler 1928 - 1935

- Sanitätsbericht über die Deutsche Reichsmarine für das Jahr 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934. Hg. v. der Marine-Medizinalabteilung des Reichwehrministeriums. Berlin: Mittler, 1921 - 1937
- Sanitätsdienst und Gesundheitspflege im deutschen Heer. Ein Lehr- und Handbuch für Militärärzte des Friedens- und Beurlaubtenstandes. Hg. v. A. Villaret und F. Paalzow. Stuttgart: Ferd. Enke 1909
- Schadewald, H.: Militärlazarette in Vergangenheit und Gegenwart. Wehrmed.Mschr. 23 (1979) S. 281-287
- Schmidt, Hermann: Geschichte des Garnisonlazaretts I Berlin von 1853-1903. Dtsch.mil.ärztl.Zschr. 32 (1903) S. 529-562
- Schröder, Oscar: Lazarettbau in der neuen Wehrmacht - ein Rückblick. Dtsch.Militärarzt. 3 (1938) S. 73-76
- Schröder, Oscar: Lazarettneubauten. Dtsch.Militärarzt 1 (1936) S. 273-276
- Schultzen, Wilhelm : Unser Sanitätskorps nach dem 1. Oktober 1919. Dtsch.mil.ärztl.Zschr 48 (1919) S. 245-252
- Schwalm, Hansjörg: Militärbauten. Von den Anfängen bis zur Infrastruktur der Bundeswehr. Heidelberg; Hamburg: v. Decker, 1982
- Schweyer, Franz: Der Wiederaufbaugedanke in der Kriegsversorgung und Kriegsfürsorge. Dtsch.mil.ärztl.Zschr. 49 (1920) S. 2-12
- Seeckt, Hans von: Die Reichswehr. Leipzig: Kittler, 1933
- Spann, Wolfgang: Ärztliche Rechts- und Standeskunde. München: J.F. Lehmann, 1962
- Stellenbesetzung im Reichsheer vom 16. Mai 1920, 1. Oktober 1920, 1. Oktober 1921. Mit Einleitung von U. von Gersdorff. Neudruck der Originalausgaben 1920/1921. Osnabrück: Biblio, 1968
- Stöhr, (o.V.): Einiges über Krankheitsbeurteilung und Indikation in der praktischen Heereschirurgie der Nachkriegszeit. Veröff. Heer.-San.wes., Berlin, H. 85 (1931) S. 259-274
- Stolze, Bernhard: Militärkrankenhäuser der Bundesfestung Ulm. Historia Hospitalium, H. 11 S. 123-132, Münster 1976
- Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften (U.f.S.) vom 29. September 1902. H.Dv. 59. Berlin: Mittler, 1902

- Unterrichtsbuch für Sanitätsunteroffiziere und -mannschaften (U.f.S.) vom 12. August 1939. H.Dv. 59, M.Dv. Nr. 275, L.Dv. 59. Nachdruck 1940 mit eingearbeitetem Deckblatt Nr. 1. Berlin: Mittler, 1940
- Uthemann, (Walter): Zur Entwicklung der wissenschaftlichen Fortbildung der Marinesanitätsoffiziere. Dtsch.Militärarzt 3 (1937) S. 97-101
- Vorberg, Robert und Hanns van Nuis: Das Recht der Kriegsschädigten und Kriegshinterbliebenen. Schriftenreihe für Unterricht und Praxis der Kriegsopferversorgung. Teil I. Herford: Amberger & Maschmeyer, 1966
- Waldmann, Anton: Friedenssanitätswesen, in: Handbuch der neuzeitlichen Wehrwissenschaften. Bd. II: Das Heer, S. 227-238. Hg. v. Hermann Franke. Berlin und Leipzig: Walter de Gruyter, 1937
- Weber, (o.V.): Über die Erfahrungen mit Schlickbädern beim Marinelazarett Wilhelmshaven. Dtsch.Militärarzt 2 (1937) S. 123-125
- Wehrmacht-Sanitäts-Vorschrift (Wm.San.V.). Teil 2 Heilfürsorge und Kurbestimmungen vom 16. Mai 1933. H.Dv. 193/2, M.Dv. Nr. 270/2. Berlin: Mittler, 1933
- Wehrmacht-Sanitäts-Vorschrift (Wm.San.V.). Teil 3 Gesundheitsdienst vom 9. Juni 1934. H.Dv. 193/3, M.Dv. Nr. 270/3. Nachdruck 1939. Berlin: Mittler, 1939
- Wehrmacht-Sanitäts-Vorschrift (Wm.San.V.). Teil 5 Lazarette vom 29. Dezember 1934. H.Dv. 193/5, M.Dv. Nr. 270/5. Berlin: Mittler, 1935
- Wehrmacht-Sanitäts-Vorschrift (Wm.San.V.). Teil 6 Pharmazeutisch-chemischer Dienst vom 20. Dezember 1935. H.Dv. 193/6, M.Dv. Nr. 270/6. Nachdruck 1941. Berlin: Mittler, 1941
- Weißgerber, (o.V.): Über Beleuchtung und Lüftung von Operationssälen. Zbl.Bauverwalt. 46 (1926), S. 153-155
- Wohlfel, Rainer und Hans Dollinger: Die Deutsche Reichswehr. Bilder, Dokumente, Texte. Zur Geschichte des Hunderttausend-Mann-Heeres 1919-1933. Mit 432 Abb. Frankfurt a.M.: Bernard & Graefe, 1972
- Wolff, Albert: Heeressanitätsdienst einst und jetzt. Lehmanns Wehrmachtsbücherei Bd. 8. München; Berlin: J.F. Lehmann, 1943

Zentralblatt der Bauverwaltung. Hg. im Ministerium für öffentliche Arbeiten Jg. 38/1918, 39/1919. Berlin: Enke. Hg. im Preußischen Finanzministerium Jg. 40-51/1920-1931. Berlin: Guido Hackebeil, Enke

Zinke, J.: Vom Feldscher zum Sanitätsoffizier. Bd. XI Wehrdienst und Gesundheit. Hg. Georg Finger. Darmstadt: Wehr und Wissen, 1955

10. Lebenslauf

Am 22. November 1937 wurde ich, Franz Otto Erich Matthias Jaeger, als drittes von sieben Kindern des praktischen Arztes Erich Jaeger und seiner Ehefrau Johanna, geborene Wolf, in Leipzig geboren.

Meine Kindheit verlebte ich in Eythra, Kreis Leipzig, wo ich acht Jahre zur Volksschule ging. Von 1951 bis 1955 besuchte ich die Richard-Wagner-Oberschule in Leipzig und legte dort am 3. Juli 1955 das Abitur ab. Am 16. Juli 1955 verließ ich aus politischen Gründen die Sowjetzone und übersiedelte in die Bundesrepublik Deutschland.

Nach einer Tätigkeit als Hilfsarbeiter und Absolvierung eines Kursus zur Anerkennung meines Ostzonen-Abiturs als vollgültiges Reifezeugnis begann ich 1956 als Werkstudent das Studium der Medizin an der Georg-August-Universität in Göttingen. Nach dem Physikum setzte ich mein Studium an der Philipps-Universität Marburg/Lahn fort. Dort bestand ich am 31. Mai 1963 die ärztliche Prüfung. Hiernach erfüllte ich die Bestimmungen über die zweijährige Medizinalassistentenzeit und erhielt mit Geltung vom 31. August 1965 die Bestallung als Arzt.

Vom 1. September 1965 bis zum 6. Februar 1967 war ich Assistenzarzt auf der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Siegen-Weidenau. Am 7. Februar 1967 trat ich als Sanitätsoffizier in die Bundeswehr ein und wurde Berufssoldat.

Ich bin seit dem 11. Dezember 1964 verheiratet, habe zwei Kinder und gehöre zur evangelisch-lutherischen Konfession.

